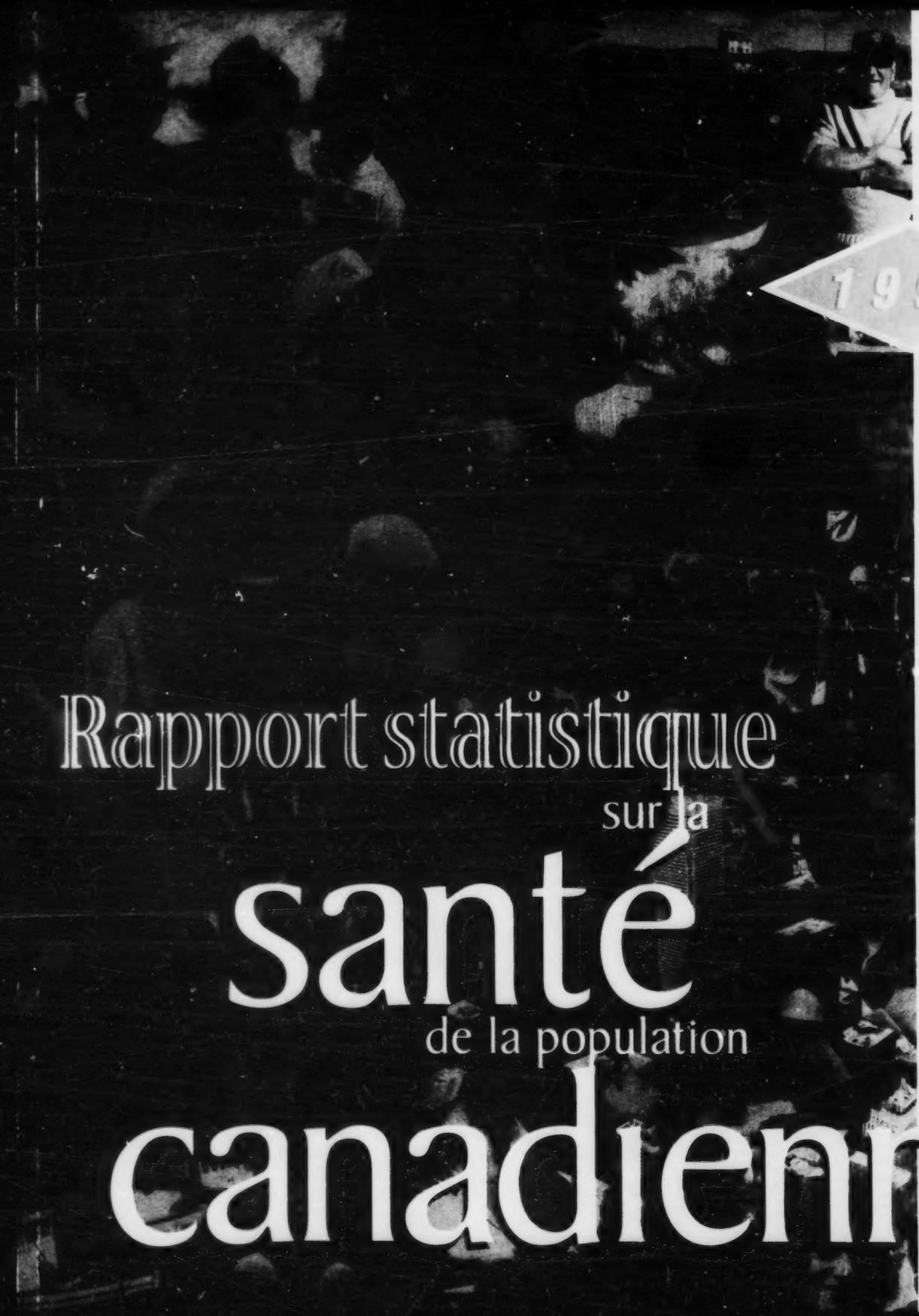


1999

Rapport statistique sur la santé de la population canadienne

Préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population

101-07325/

Rapport statistique sur la santé de la population canadienne

Préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population

pour la

Rencontre des Ministres de la santé

Charlottetown, Î.-P.-É.
Les 16 et 17 septembre 1999

Santé Canada Health Canada

Statistique Canada Statistics Canada

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Also available in English under the title: *Statistical Report on the Health of Canadians.*

La présente publication est également disponible sur demande en format de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

N° de cat. : H39-467/1999F
ISBN 0-662-83540-9

La reproduction non commerciale à des fins éducatives ou de planification de service est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Avant-propos

Le présent *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* résulte des efforts conjoints de Santé Canada, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Il s'agit de la deuxième édition de l'étude statistique de la santé de la population canadienne. À l'instar de la première édition de 1996, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, Annexes techniques*, le présent rapport a été commandé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Un document connexe, intitulé *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, présente plus de détails sous un angle moins statistique.

On peut se procurer des exemplaires du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* et de *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* auprès des ministères de santé provinciaux et territoriaux ou de :

Publications
Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Téléc : (613) 941-5366
Courrier électronique: Info@www.hc-sc.gc.ca

Cette publication est aussi disponible sur Internet aux sites Web suivants :

http://www.hc-sc.gc.ca
http://www.statcan.ca
http://www.cihi.ca

Avertissement

Un grand nombre d'auteurs (et de réviseurs) en provenance de divers organismes ont participé à la rédaction du *Rapport*, et leur description des divers sujets est essentiellement descriptive. L'interprétation des données et les introductions appartiennent toutefois aux auteurs, et ne peuvent être considérées comme des déclarations officielles du personnel du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.

Remerciements

Le *Rapport* résulte de la collaboration de nombreuses personnes pour plus d'un an en provenance de divers organismes à l'échelle nationale et provinciale – analystes, programmeurs, auteurs, rédacteurs, personnel de production, réviseurs et gestionnaires.

Les auteurs proviennent de Statistique Canada (Jason Gilmore, tous les chapitres à l'exception des chapitres indiqués ci-après ; Paula Woollam, chaps. 19, 25, 37 et 74); de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (Terry Campbell, chap. 26 ; Barbara McLean, chaps 27, 76 et 77 ; Joan Roch et Sharon Tracy, chaps 28 et 60 ; Joan Roch et Geoff Ballinger, chap. 29), de Santé Canada (Margaret Litt, chap. 15 ; Sandra Houston, chaps. 20 et 50 ; Margaret Herbert, chap. 62 ; Jocelyn Rouleau, chap. 65 ; Jo-Anne Doherty, chap. 69 ; Robbi Jordan, chap. 70 ; John Farley, Chris Archibald, et Howard Njoo, chap. 71 ; Paul Sockett, chap. 72 ; Howard Morrison, chap. 79), et du secteur privé (Thomas Stephens, chaps. 11, 12, 14, 21-24, 31, 38, 39, 41, 45, 51, 52, 54, 63 et 80, ainsi que les introductions). Ces personnes ont interprété les données initiales du présent rapport, fournies par Statistique Canada et compilées par Pino Battisti et Ai Chau, et par Santé Canada, compilées par Prem Khosla.

Le personnel des trois organismes partenaires (Statistique Canada, Santé Canada, et l'Institut canadien d'information sur la santé) ainsi que le groupe de travail du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population ont révisé les versions préliminaires du *Rapport*.

Le soutien du travail de production et de composition a été fourni par Statistique Canada (Bernie Edwards, Micheline Pilon, Agnes Jones, Renée Bourbonnais et Anne Gervais). Le groupe Allium Consulting s'est chargé de la conception. Marla Sheffer a révisé le texte anglais, et Claude C. Roy, la version française, traduite par Communications Essema. Thomas Stephens a agi en tant que rédacteur-réviseur scientifique.

La gestion du projet a été confiée à Stephanie Wilson (jusqu'en septembre 1998), à Lynda Bottoms (jusqu'en janvier 1999)puis à Dyanne Wilson (à compter de janvier 1999) et à Carol Silcoff (Santé Canada), conseillées par une équipe inter-organisationnelle composée de Pamela White (Statistique Canada), de Joan Roch (ICIS), Maureen Carew, Bill Bradley, Hilary Robinson (jusqu'en août 1998), puis Linda Senzilet (à compter de septembre 1998) (tous de Santé Canada), ainsi que de Thomas Stephens.

Le groupe de travail a assuré la liaison avec le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, qui a commandé le *Rapport*. Le groupe a été présidé par John Millar (Colombie-Britannique), jusqu'en décembre 1998 et co-présidé par la suite par Shaun Peck (Colombie-Britannique) et Kimberly Elmslie (Santé Canada). Ce groupe incluait Jamie Blanchard (Manitoba), Gary Catlin (Statistique Canada), André Corriveau (jusqu'en décembre 1998) et Peter Barss (jusqu'en mars 1999) (T.N.-O.), Stephan Gabos (Alberta), Clyde Hertzman, Debra Keays (jusqu'en septembre 1998) et Hope Beanlands (Nouvelle-Écosse), Madeleine Levasseur, qui a remplacé Odette Laplante, (à compter d'avril 1998)(Québec), Randy Passmore (Saskatchewan), Craig Shields , Serge Taillon (ICIS). Monique de Groot (Santé Canada) et d'autres personnes de Santé Canada qui ont aidé pour quelque période de temps : Maureen Carew, Gregory Sherman, Paul Gully, Hilary Robinson, Linda Senzilet, et Rachel Moore.

On trouve à l'annexe A une liste des membres du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (et de son Groupe de travail).

Table des matières

Introduction 7

Partie A. Facteurs déterminants en matière de santé 11

Environnement social et économique 13
1. Groupe d'âge et sexe 15
2. État civil et composition de la famille 18
3. Natalité et fécondité 23
4. Immigration 26
5. Niveau d'instruction et alphabétisation 30
6. Faible revenu 37
7. Emploi et travail non rémunéré 45
8. Stress chronique 50
9. Stress professionnel 53
10. Violence familiale 55
11. Santé sociale 60

Environnement physique 63
12. Règlements municipaux relatifs à l'usage du tabac 65
13. Fumée de tabac ambiante 68
14. Qualité de l'air 73

Services de santé 77
15. Immunisation 79
16. Fréquence des Tests de Pap 83
17. Mammographies et examen des seins 87
18. Vérification de la tension artérielle 93
19. Consultations de professionnels de la santé 96
20. Tests de dépistage du VIH 100
21. Visites chez le dentiste 103
22. Examens médicaux 106
23. Examens de la vue 109
24. Utilisation de médicaments 112
25. Besoins non comblés en matière de soins de santé 117
26. Services d'urgence 120
27. Séjours à l'hôpital 123
28. Transplantation d'organe et dialyse 127
29. Dépenses de santé 131

Ressources personnelles et adaptation 137
30. Soutien social et comportement prosocial 139
31. Développement sain de l'enfant 142
32. Donner et recevoir des soins informels 145
33. Fardeau des dispensateurs de soins 150
34. Recours aux services de soins à domicile 154
35. Recours aux soins de santé parallèles 157

Table des matières – suite

Connaissances et attitudes **161**
36. Connaissance des effets de l'usage du tabac sur la santé 163
37. Connaissance des effets de la fumée de tabac ambiante sur la santé 166
38. Connaissance d'une saine alimentation 169

Habitudes de vie **173**
39. Mesures environnementales 175
40. Usage du tabac 178
41. Dépendance à la nicotine 183
42. Consommation d'alcool 186
43. Consommation excessive d'alcool 191
44. Conduite avec facultés affaiblies 196
45. Usage de drogues illicites 200
46. Activité physique 204
47. Habitudes alimentaires 208
48. Allaitement maternel 212
49. Port du casque protecteur et de la ceinture de sécurité 215
50. Relations sexuelles 220
51. Exposition solaire et protection 223
52. Changements en vue d'améliorer la santé 226

Partie B. État de santé ***231***

Bien-être **233**
53. État de santé autoévalué 235
54. Bien-être psychologique 239
55. Satisfaction professionnelle 242

Santé générale et état fonctionnel **245**
56. État de santé fonctionnel 247
57. Jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines 250
58. Limitation des activités à long terme 253
59. Troubles entraînant une limitation des activités 256

Blessures **259**
60. Hospitalisation due aux traumatismes 261
61. Accidents entraînant une perte de temps de travail 264
62. Blessures infantiles 267
63. Accidents de la route 270

Maladies et affections 273
64. Grossesse chez les adolescentes et insuffisance pondérale à la naissance 275
65. Mortinaissances et malformations congénitales 278
66. Avortements thérapeutiques 281
67. Poids corporel 285
68. Affections chroniques 289
69. Maladies évitables par la vaccination 292
70. Maladies transmises sexuellement 295
71. VIH, sida et tuberculose 298

Table des matières – fin

72. Toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et maladies entériques 303
73. Cancer 306
74. Maladie cardiaque et accident cérébrovasculaire (ACV) 309
75. Dépression 313
76. Hospitalisation psychiatrique 317
77. Causes d'hospitalisation 320

Mortalité 323
78. Mortalité infantile et périnatale 325
79. Décès attribuables au tabagisme 328
80. Décès attribuables à l'alcool 330
81. Suicide 333
82. Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge 336
83. Années potentielles de vie perdues 339
84. Espérance de vie totale 343

Partie C. Annexes 347

Annexe A. Membres du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population 349
Annexe B. Tables de variabilité d'échantillonnage approximatif pour le Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 354
Annexe C. Bibliographie 356

Index des sujets 367

Introduction

Objectifs du *Rapport*

Le présent *Rapport* est une mise à jour du *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, publié en 1996[1]. À l'instar du premier rapport, il offre une vue d'ensemble statistique complète et détaillée de l'état de santé de la population canadienne ainsi que des principaux facteurs déterminants en matière de santé. Le premier rapport a été élaboré par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, qui a également commandé cette mise à jour. Le *Rapport* vise à aider les responsables de l'élaboration des politiques et de la planification des programmes à cerner les priorités et à mesurer les progrès dans le domaine de la santé de la population.

Le *Rapport* a été conçu pour servir d'outil de connaissance et de planification. Il contient de l'information sur les populations à risque, propose des liens entre les facteurs déterminants en matière de santé, l'état de santé et les caractéristiques démographiques, soulève des questions sur les raisons des écarts importants entre les provinces et les territoires, et cerne les domaines où le système canadien d'information sur la santé est efficace et ceux où il est plutôt faible. Les onze introductions du *Rapport* abordent ces sujets et d'autres, qui font l'objet d'un traitement plus en profondeur dans le document connexe (« *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* »). Un des problèmes que l'on trouve dans presque toutes les sections est la rareté relative des données sur la population autochtone et sur les groupes marginaux comme les itinérants. Bien que la plupart des sujets abordés dans le présent *Rapport* portent sur 97 p. 100 de la population canadienne, il importe de se rappeler que les autres 3 p. 100 ont souvent une part disproportionnée des problèmes de santé.

La présente édition du *Rapport* met à jour les sujets de 1996 autant que possible, à l'aide des mêmes sources de données et, parfois, à l'aide de sources améliorées. Des 87 sujets du rapport de 1996, 73 présentent des mises à jour complètes ou partielles. On trouve 17 nouveaux sujets, 11 ont été éliminés et quelques-uns ont été fusionnés. La plupart des sujets non repris appartenaient presque tous à la catégorie des *facteurs déterminants* (possession d'équipement contre l'incendie, dangers pour la santé au travail, régime collectif d'assurance-maladie) ou à celle des *connaissances et attitudes* (connaissance des causes de la maladie cardiaque, connaissance des méthodes de prévention des MTS, attitudes des jeunes au sujet de l'alcool au volant, sources de soutien favorisant un changement de comportement). Quelques-unes seulement étaient des indicateurs de *l'état de santé* (infertilité, hypertension artérielle et hypercholestérolomie, démence). Ces sujets ne figurent pas au présent rapport à défaut de données actuelles, et non parce qu'ils ne sont pas importants.

Présentation du *Rapport*

Les sujets traités dans le *Rapport* sont regroupés dans deux sections principales : les *facteurs déterminants en matière de santé* et *l'état de santé*. Les sous-sections des *facteurs déterminants* renferment, à dessein, un vaste éventail de rubriques : l'environnement économique et social (11 sujets), l'environnement physique (3 sujets), les services de santé (15 sujets), les stratégies individuelles d'adaptation (6 sujets), les connaissances en santé (3 sujets) et les habitudes de vie (14 sujets).

La section sur l'*état de santé* comprend 32 sujets présentant une vue diversifiée de la santé. Inévitablement, la plupart des sujets portent sur des aspects « négatifs » de la santé, étant donné que la statistique actuelle est surtout concentrée sur la morbidité et la mortalité. Cependant, des aspects positifs de l'état de santé sont examinés lorsque les données le permettent (3 sujets). Les autres sections principales portent sur la santé générale et l'état fonctionnel (4 sujets), les blessures (4 sujets), les maladies et les affections (14 sujets) et la mortalité (7 sujets). Dans tous les cas, ces sujets décrivent la santé de personnes qui, prise globalement, peut représenter *l'état de santé de la population*. Par ailleurs, l'*état de santé de la société*, notamment l'environnement socioéconomique et physique, est considéré comme un *facteur déterminant* de l'état de santé individuel.

En raison de son large éventail de sujets, le *Rapport* s'harmonise avec de nombreux cadres conceptuels actuels, dont les *Stratégies d'amélioration de la santé de la population*[2] et le modèle d'Evans-Stoddart[3]. On vise ainsi à illustrer la gamme très étendue des facteurs qui influent sur l'état de santé. Beaucoup de ceux-ci dépassent l'autorité formelle des services de santé. Le choix des sujets, la valeur accordée à chacun d'eux, et l'ordre des chapitres ne reflètent pas leur importance relative, mais plutôt la disponibilité des données, comme il est expliqué plus loin. Parallèlement, seulement quelques chapitres du

Rapport décrivent les ressources et les coûts du régime de prestation de soins de santé, puisque ceux-ci ont fait l'objet d'un examen approfondi et continu dans le cadre d'autres projets tels que le Forum national sur la santé.[4]

Le présent *Rapport* ressemble à celui de 1996, où l'on met l'accent sur la portée et la cohérence de la présentation, plutôt que sur la profondeur de l'analyse. Le texte de chaque sujet (a) décrit la signification de celui-ci sur la santé, avec renvoi à d'autres sujets connexes, (b) dévoile les résultats selon différents groupes (sexe, âge, statut social, province/territoire, tendances et liens notables), (c) présente les définitions, méthodes et avertissements significatifs susceptibles d'influer sur l'interprétation des résultats, et (d) présente les sources des données et de la documentation citées, y compris les sites Internet des organismes d'où proviennent ces sources.

Les variables discriminantes comme le sexe et l'âge sont semblables à celles de 1996, bien que le revenu adéquat s'ajoute au niveau d'instruction en tant qu'indicateur du statut social, et que le type de ménage figure dans certains sujets. Les groupes d'âge du présent *Rapport* sont plus détaillés que ceux du rapport précédent; le vaste échantillon de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) a permis de distinguer le groupe des 15-17 ans de celui des 18-19 ans, distinction importante et révélatrice en ce qui concerne de nombreux sujets.

Certains lecteurs du premier rapport ont exprimé le désir de voir la distinction entre le milieu rural et le milieu urbain. Cette variable est parfois disponible dans les principales sources d'enquête, mais son interprétation est très problématique. En effet, on peut confondre certaines différences entre les personnes provenant de l'un ou l'autre milieu avec la province/territoire de résidence, le statut socioéconomique, l'emploi, voire l'ethnie et l'âge. Il est difficile de cerner les zones strictement rurales. Qu'à cela ne tienne, le *Rapport* présente certaines données sur les différences entre les deux milieux.

Critères des principales sources de données

Le rapport de 1996 s'est servi essentiellement de sources de données connues qui étaient d'actualité, d'envergure nationale et relativement récentes. *L'Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1994-1995 s'est avérée une source importante pour la première édition, tandis que les données transversales du cycle 1996-1997 de l'ENSP constituent la principale source de la présente mise à jour. Le choix des autres sources s'appuie sur les critères suivants :

- **Pertinence** – Les données décrivant *l'état de santé* sont *individuelles*, alors que les *facteurs déterminants* sont individuels ou collectifs.
- **Couverture nationale** – Les sources sont pancanadiennes (c.-à-d. couvrir au moins les dix provinces), et peuvent fournir des détails fiables pour *au moins* cinq régions (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies, Colombie-Britannique). Malheureusement, la plupart des tableaux n'incluent pas de données sur les territoires.
- **Actualité** – Les données ne sont pas antérieures à 1994-1995 (à l'exception des données sur les indicateurs de la qualité de l'air).
- **Variables de classification** – Comme en 1996, les données individuelles sont fournies par descripteurs types de la population, soit les groupes d'âge-sexe, la province (ou région) de résidence et la situation socioéconomique (niveau d'instruction ou revenu). Les données sur la population autochtone sont présentées, quand elles sont disponibles, mais en général, le présent *Rapport* ne se penche sur aucun groupe en particulier.
- **Qualité des données** – Les sources sont documentées et de bonne qualité, et s'appuient sur des échantillons de taille adéquate et sont conçues pour présenter des détails selon les groupes d'âge-sexe et les régions, sans élimination importante en raison des problèmes d'intervalle de confiance. En ce qui concerne certains indicateurs, les échantillons étaient insuffisants pour établir des comparaisons selon le niveau d'instruction et le revenu. Certaines données obtenues de sources provinciales/territoriales par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, peuvent, à cause de procédures d'édition ou de conventions de définition, ne pas s'assortir aux chiffres publiés par les provinces ou territoires.

Précisions sur les tableaux et les figures

Les données des enquêtes sont généralement présentées sous forme de nombres entiers ; les totaux ne sont donc pas toujours justes parce que les chiffres ont été arrondis. À l'occasion, les données provenant de petits sous-échantillons présentant un coefficient de variation (CV) élevé doivent renvoyer aux restrictions suivantes qui figurent au bas des tableaux :

* Variabilité d'échantillonnage moyenne ; interpréter avec prudence (CV=16,6-33,3 p. 100).

\# Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage (CV>33,3 p. 100).

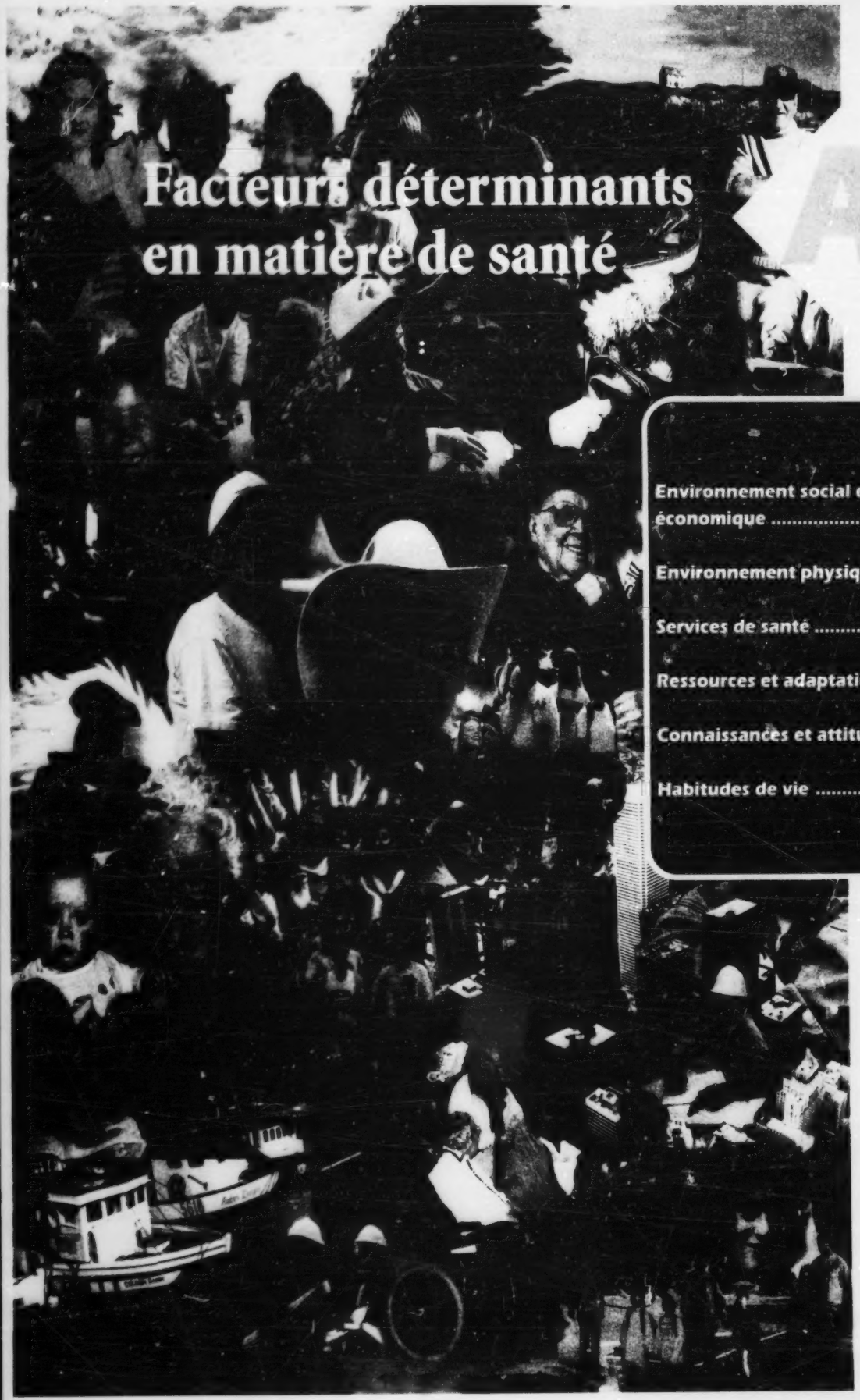
L'annexe A présente la variabilité d'échantillonnage de l'ENSP, principale source de données du *Rapport*. On peut se servir de ce tableau pour comparer les hommes et les femmes, ou des groupes selon l'âge, l'éducation ou le revenu. On ne peut l'utiliser pour comparer des données au niveau provincial car chaque province possède sa propre table de variabilité d'échantillonnage. La variabilité relativement élevée de l'échantillonnage des données provinciales est indiquée par des symboles fréquents * et # dans les tableaux. Des renseignements détaillés sur les plans d'échantillonnage de cette enquête et d'autres ayant servi à la rédaction du *Rapport* se trouvent dans la documentation qui accompagne les fichiers de données à grande diffusion. Le lecteur doit prendre note que la taille des échantillons est décrite à la rubrique « Définitions et méthodes » de chaque sujet. Les faibles écarts que l'on trouve dans l'estimation de la population des tableaux inspirés de l'ENSP reflètent généralement l'absence de réponse aux éléments individuels de l'enquête. Le taux de non-réponse étant d'environ 2 p. 100 ou moins du total (à l'exception du revenu adéquat), il n'est pas présenté comme tel, mais plutôt intégré à la moyenne des autres catégories dans les tableaux.

Les comparaisons internationales présentées dans les figures se rapportent toujours à des « pays choisis de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)». La disponibilité des données provenant des pays membres de l'OCDE varie grandement, et le choix des pays pour une figure donnée était strictement basé sur la disponibilité de données récentes. Il existe des différences à cet égard d'un pays à l'autre et d'un sujet à l'autre; les États-Unis et la Grande-Bretagne sont souvent absents des figures parce que leurs plus récentes données remontent souvent à plusieurs années, plus anciennes que celles du Canada et de la plupart des autres pays de l'OCDE. Cela s'appliquait aussi au premier *Rapport*.

Ouvrages de référence

1. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes: annexe technique*, préparé pour la réunion des ministres de la Santé, Toronto, septembre 1996.
2. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, préparé pour la réunion des ministres de la Santé, Halifax, septembre 1994.
3. Evans, R.G. et G.L. Stoddart, « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, 1990, 31 : 1347-1363.
4. Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, rapport final du Forum national sur la santé, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Facteurs déterminants en matière de santé



Environnement social et économique 13

Environnement physique 63

Services de santé 77

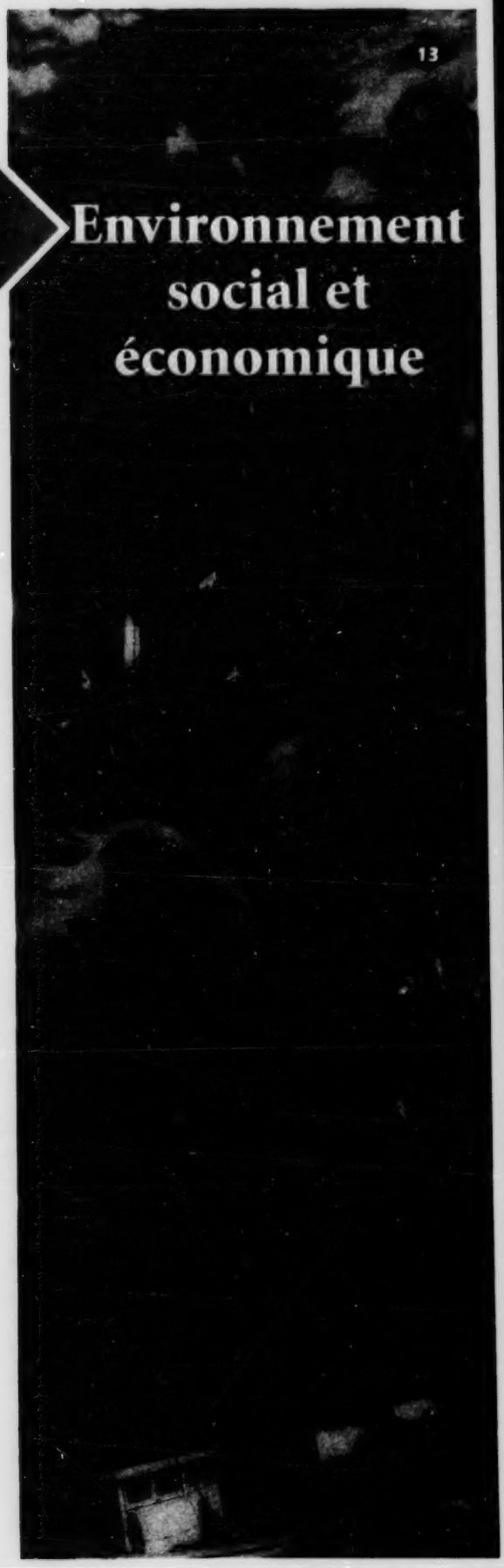
Ressources et adaptation 137

Connaissances et attitudes 161

Habitudes de vie 173

Environnement social et économique

Les 11 sujets de cette section décrivent la nature de la population canadienne au milieu des années 1990 ainsi que les tendances récentes de la composition de la société qui influent sur le bien-être des personnes et de la société. Nombre de ces sujets peuvent être considérés comme des mesures de la santé sociale. Étant donné que le Rapport porte sur l'état de santé des personnes, la santé sociale est considérée ici comme un facteur déterminant.



Quant à la pauvreté, au chômage, au stress et à la violence, ils ont une incidence négative directe sur la santé, voire souvent frappante dans un pays riche comme le Canada, qui jouit d'une réputation enviable sur la scène internationale. D'autres indicateurs influent indirectement sur la santé: l'âge, la composition de la famille, le taux de natalité, l'immigration et la maturité scolaire.

Le présent chapitre fournit des renseignements généraux importants sur les caractéristiques de la population, qui servent de variables de classification pour le reste du *Rapport* : l'âge et le sexe, le statut social tel que le révèlent le niveau d'instruction et le revenu, et, parfois, le type de ménage et la province/ territoire de résidence. Le vieillissement de la population canadienne, les différences de statut social et les comparaisons interprovinciales/territoriales fournissent des thèmes récurrents qui sous-tendent les modèles de résultats présentés dans une grande partie du *Rapport*.

Aperçu

Nombre des tendances présentées ici ne sont pas nouvelles : population vieillissante (sujet 1) et taux de natalité décroissant (sujet 3), hausse importante du nombre de conjoints de fait ayant des enfants (sujet 2) ainsi que du plus grand nombre d'enfants au sein de familles monoparentales (sujet 2), immigration accrue, particulièrement en provenance d'Asie (sujet 4), revenus réels décroissants (sujet 6) malgré la participation accrue des femmes (sujet 7) à la population active, et un taux de chômage toujours élevé chez les jeunes (sujet 7).

L'indice de santé sociale (ISS) présente un résumé nouveau de la santé de la société canadienne et de son évolution depuis 1970 (sujet 11). L'ISS suggère que la qualité de vie a diminué depuis le début des années 1980, malgré la croissance économique. Cela s'étant produit après plusieurs années consécutives de synergie entre la santé sociale et la croissance économique, tout porte à croire que les choix politiques des dix dernières années ont créé cet écart. Cela laisse entendre que la réorientation des politiques sociales et économiques pourrait favoriser la santé sociale du pays.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Le recensement de 1996 fournit la plupart des données de ce chapitre. Une lacune importante est l'absence d'une mesure habituellement publiée de *l'écart* des revenus, qui n'a pas été révisée par Statistique Canada depuis 1991. Les disparités de santé décrites aux chapitres ultérieurs seraient grandement attribuables aux écarts de revenu. Pour brosser un tableau encore plus fidèle de la situation, il faudrait disposer d'information sur la concentration de la *richesse*, laquelle n'est tout simplement pas disponible.

1

Groupe d'âge et sexe

Introduction

Les caractéristiques d'une population se répercutent inévitablement sur la situation sociale et économique d'un pays. Ainsi, le groupe d'âge et le sexe peuvent avoir une incidence sur divers aspects de la santé, y compris le taux général de fécondité (sujet 3), l'utilisation des services de soins de santé (sujets 15 à 29), les taux de mortalité (sujet 82), la limitation des activités (sujets 58 et 59) et les affections chroniques (sujet 68).

Le présent chapitre traite de la composition de la population canadienne selon le groupe d'âge et le sexe.

La population canadienne

En 1997, le Canada comptait un peu plus de 30 millions d'habitants, répartis presque également entre les hommes et les femmes (voir le tableau 1)[1]. Entre 1971 et 1997, la population canadienne s'est accrue de 8,7 millions d'habitants[1,2].

En 1996, le taux canadien de « dépendance » (mesure démographique type désignant le pourcentage des personnes âgées de 0 à 19 ans et de 65 ans ou plus par rapport à la population totale) se trouvait au tiers inférieur de l'échelle des autres pays de l'OCDE (figure 1a)[3]. En 1996, le quart (27 p. 100) de la population canadienne était âgée de 19 ans ou moins, et 12 p. 100, de 65 ans ou plus. Ce sont les Pays-Bas, la Suisse et le Japon qui affichent les taux de dépendance les moins élevés, quoique ces derniers ne soient pas de beaucoup inférieurs au taux du Canada. L'Irlande présente le taux de dépendance le plus élevé, en raison de la forte concentration de jeunes au sein de sa population.

Différences entre les groupes

Il y a peu de différences entre les sexes au sein de la population canadienne relativement à l'âge. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les groupes âgés (65 à 74 ans et 75 ans ou plus) en raison de leur espérance de vie plus longue (sujet 84), mais les deux sexes arrivent quasiment à égalité dans tous les groupes plus jeunes (tableau 1).

La population canadienne se concentre surtout en Ontario (38 p. 100) et au Québec (24 p. 100) (tableau 1). Les Prairies et la Colombie-Britannique comptent trois fois plus d'habitants (29 p. 100) que les Maritimes et Terre-Neuve (9 p. 100). Le rapport de 83:1 entre la province la plus peuplée (l'Ontario) et la moins peuplée (l'Île-du-Prince-Édouard) illustre bien les vastes écarts de population entre les provinces. La population des territoires est encore inférieure à celle de la province la moins peuplée.

De 1991 à 1997, la Colombie-Britannique a affiché la plus forte croissance démographique (presque 20 p. 100) de toutes les provinces, soit presque le double de celle du pays (11 p. 100)[1,2]. Seule Terre-Neuve a connu un taux d'accroissement démographique négatif, soit moins de 1 p. 100 de la population durant cette période[1,2].

De 1971 à 1996, la proportion des jeunes Canadiennes et Canadiens (0 à 19 ans) est passée de près de 39 p. 100 à 27 p. 100 (figure 1b)[4], ce qui s'explique par le vieillissement de la génération du « baby-boom ». Cette baisse a été largement compensée par une augmentation du nombre de Canadiens de 20 à 64 ans qui est passé de 53 p. 100 en 1971 à 61 p. 100 en 1996, et par une plus forte hausse encore de la population âgée de 65 ans ou plus (de 8 p. 100 en 1971 à 12 p. 100 en 1996).

Définitions et méthodes

Le Canada procède au recensement complet de sa population tous les cinq ans. Les chiffres se rapportant aux années intercensitaires sont des estimations de

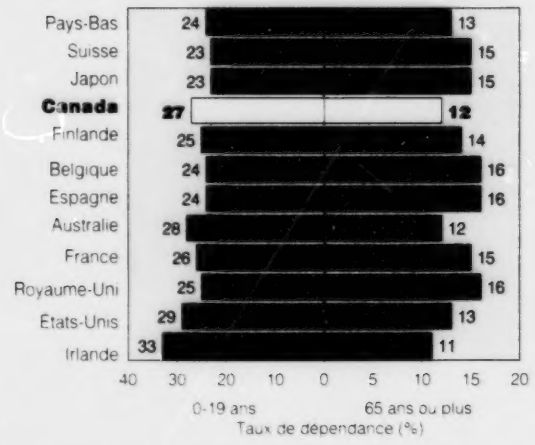
Statistique Canada, établies d'après les données du dernier recensement (1996, en l'occurrence) et des données administratives sur les naissances, les décès et les migrations.

Ces estimations sont révisées périodiquement à mesure que des données plus complètes sur les années intercensitaires sont rendues disponibles. Le prochain recensement aura lieu en 2001.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Estimations postcensitaires de la population, série *Le Pays*, matrice CANSIM, n° 6367.
2. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Population par groupe d'âge et sexe, *Le Quotidien*, 15 avril 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 98*, (CD-ROM).
4. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

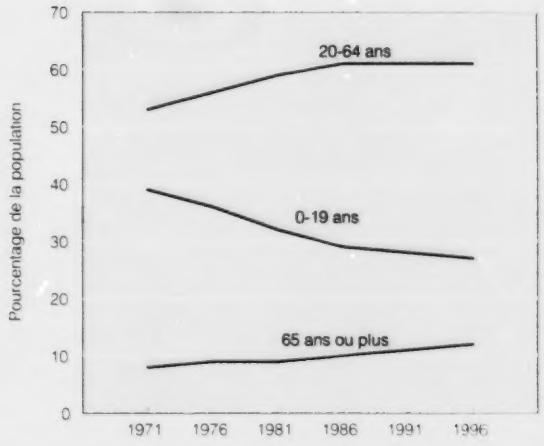
Figure 1a **Taux de dépendance,* pays choisis de l'OCDE, 1996**



* Population de 0 à 19 ans et de 65 ans ou plus, pourcentage de la population totale.

Source: Organisation de coopération et de développement économiques, Eco-Santé OCDE 98, (CD ROM).

Figure 1b **Proportion de la population, selon l'âge, Canada, 1971 à 1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.

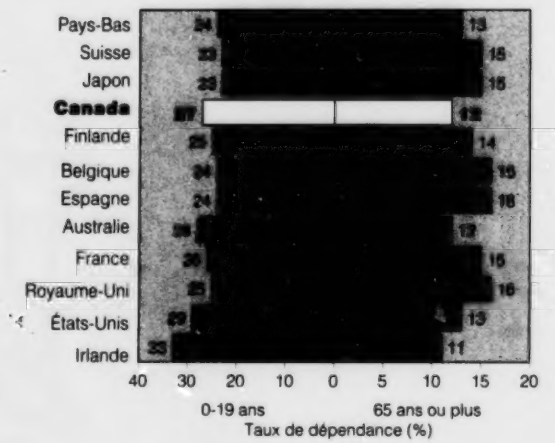
Statistique Canada, établies d'après les données du dernier recensement (1996, en l'occurrence) et des données administratives sur les naissances, les décès et les migrations.

Ces estimations sont révisées périodiquement à mesure que des données plus complètes sur les années intercensitaires sont rendues disponibles. Le prochain recensement aura lieu en 2001.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Estimations postcensitaires de la population, série *Le Pays*, matrice CANSIM, n° 6367.
2. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Population par groupe d'âge et sexe, *Le Quotidien*, 15 avril 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 98*, (CD-ROM).
4. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

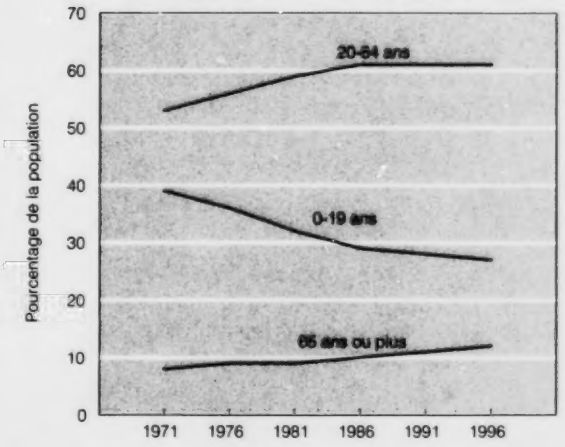
Figure 1a. **Taux de dépendance,* pays choisis de l'OCDE, 1996**



* Population de 0 à 19 ans et de 65 ans ou plus, pourcentage de la population totale.

Source: Organisation de coopération et de développement économiques, Eco-Santé OCDE 98, (CD ROM).

Figure 1b. **Proportion de la population, selon l'âge, Canada, 1971 à 1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.

17

Tableau 1. **Caractéristiques de la population selon l'âge, le sexe, la province ou le territoire, Canada, 1997**

	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre		Nombre		Nombre	
	(en milliers)	%	(en milliers)	%	(en milliers)	%
Total, tous les âges	**30 287**	**100**	**15 000**	**50**	**15 287**	**50**
0 à 4 ans	1 916	6	982	3	934	3
5 à 9 ans	2 049	7	1 050	3	1 000	3
10 à 14 ans	2 027	7	1 035	3	992	3
15 à 17 ans	1 224	4	627	2	597	2
18 à 19 ans	800	3	410	1	390	1
20 à 24 ans	2 034	7	1 032	4	1 002	3
25 à 34 ans	4 767	16	2 409	8	2 359	8
35 à 44 ans	5 172	17	2 596	9	2 576	9
45 à 54 ans	3 978	13	1 995	7	1 983	7
55 à 64 ans	2 593	9	1 281	4	1 312	4
65 à 74 ans	2 127	7	984	3	1 144	4
75 ans ou +	1 598	5	599	2	999	3
Terre-Neuve	564	2	281	1	282	1
Île-du-Prince-Édouard	137	0,5	68	0,2	69	0,2
Nouvelle-Écosse	948	3	467	2	481	2
Nouveau-Brunswick	762	3	377	1	383	1
Québec	7 420	24	3 657	12	3 763	12
Ontario	11 408	38	5 636	19	5 771	19
Manitoba	1 145	4	568	2	577	2
Saskatchewan	1 023	3	508	2	515	2
Alberta	2 847	9	1 432	5	1 415	5
Colombie-Britannique	3 933	13	1 954	6	1 980	7
Yukon	32	0,1	16	0,05	15	0,05
Territoires du Nord-Ouest	68	0,2	35	0,1	33	0,1

Source: Statistique Canada, Recensement de 1996, Estimations postcensitaires de la population, série *Le Pays*, matrice CANSIM 6367.

2

État civil et composition de la famille

Introduction

Aux fins du *Rapport*, la situation de famille et l'état civil sont des facteurs déterminants d'un mode de vie sain. L'état civil et la situation de famille peuvent être liés à l'accès au soutien social (sujet 30), au soutien favorable à un changement de comportement (sujet 52) et aux soins informels (sujet 32). Ces éléments ont une incidence sur la violence familiale (sujet 10) et le stress chronique (sujet 8).

Portrait de la famille canadienne en 1996

En 1996, 42 p. 100 des Canadiens étaient célibataires et 47 p. 100 étaient mariés (y compris les conjoints de fait et les personnes séparées)[1]. Les autres étaient divorcés (4 p. 100) ou veufs (5 p. 100) (tableau 2a)[1].

De 1971 à 1982 (figure 2a)[2,3], le taux de divorce (selon sa définition légale) a doublé, a ensuite régressé jusqu'en 1985, puis a remonté en flèche jusqu'au sommet de 362 par 100 000 habitants, atteint en 1987. De 1987 à 1996, le taux de divorce a baissé régulièrement. En fait, le taux de divorce était de 248 par 100 000 habitants en 1996, le plus bas depuis 1985. Entre 1995 et 1996, le nombre de divorces a baissé de presque 8 p. 100, surtout en raison des modifications apportées au financement du divorce par l'aide juridique en Ontario[3].

L'union libre est la catégorie qui connaît la plus forte croissance dans les années 1990. En 1996 [4], le Canada comptait plus de 1,8 million d'unions de fait[4], soit environ 13 p. 100 de tous les mariages. Presque la moitié des familles dirigées par des conjoints de fait comptaient des enfants[5], et il s'agissait d'une première union pour les deux tiers des conjoints. Un autre quart des conjoints de fait avaient déjà divorcé[4].

En 1996, presque 24,6 millions (87 p. 100) de Canadiens vivaient au sein de 7,8 millions de familles[5,6]. Près des trois quarts des familles étaient dirigées par des couples mariés (tableau 2b)[7], mais cette proportion avait diminué par rapport à 1986 (80 p. 100)[5]. La baisse est principalement attribuable à l'accroissement du nombre de familles monoparentales ou dirigées par des conjoints de fait. Entre 1991 et 1996, le nombre de familles dirigées par des conjoints de fait a augmenté de 28 p. 100, comparativement à la hausse de 19 p. 100 du nombre de familles monoparentales et à celle de 2 p. 100 du nombre de familles dirigées par des couples mariés [5].

Entre 1991 et 1996, le nombre d'enfants vivant au sein de familles s'est accru de 6 p. 100. On n'a cependant enregistré aucune hausse véritable du nombre d'enfants vivant dans des familles dirigées par des couples mariés. La hausse du nombre d'enfants vivant dans des familles provient des unions de fait (52 p. 100) et des parents seuls (19 p. 100)[5].

En 1996, on dénombrait 1,1 million de familles monoparentales, soit 15 p. 100 de l'ensemble des familles (tableau 2b) [5]. Plus de cinq familles monoparentales sur six étaient dirigées par des femmes, dont près du quart étaient célibataires. En 1996, près d'un enfant sur cinq vivait avec un parent seul, contre un sur six en 1991. Entre 1991 et 1996, le nombre d'enfants vivant dans des familles dirigées par une femme a augmenté beaucoup plus rapidement (20 p. 100) que ceux vivant dans des familles dirigées par un homme (11 p. 100)[5].

En 1996, le couple marié moyen avait 1,2 enfant célibataire vivant à la maison (tableau 2b), contre 0,8 enfant vivant dans des familles dirigées par des conjoints de fait, et 1,6 enfant vivant au sein de familles monoparentales. Chez les familles ayant des enfants à la maison, la différence dans le nombre d'enfants célibataires vivant à la maison était moindre: le couple marié avait 1,9 enfant vivant à la maison, contre 1,7 enfant dans des familles dirigées par des conjoints de fait, et 1,6 enfant vivant au sein de familles monoparentales.

En 1996, les deux tiers (65 p. 100) des familles canadiennes avaient des enfants à la maison (figure 2b) [7,8]. La famille moyenne comptait 3,1 personnes, et le nombre moyen d'enfants par famille était de 1,2. Ces chiffres sont identiques à ceux du recensement de 1991.

Il n'existe aucune information internationale directement comparable sur la composition des familles.

Différences entre les groupes

Dans l'ensemble, en 1996, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de n'avoir jamais été mariés (tableau 2a). Cette différence est attribuable en grande partie au groupe des 20 à 44 ans, au sein duquel les hommes sont plus susceptibles d'être célibataires et les femmes, d'être mariées[1]. Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles d'être veuves que les hommes (8 p. 100 par rapport à 2 p. 100), car leur espérance de vie est plus longue (sujet 84).

Il existe naturellement de grandes différences entre les groupes d'âge relativement à l'état civil (tableau 2a). Presque tous les Canadiens de moins de 19 ans et la plupart de ceux âgés de 20 à 24 ans sont célibataires, même si 15 p. 100 des hommes et 29 p. 100 des femmes appartenant au second groupe d'âge sont mariés. La majorité des Canadiens âgés de 25 à 44 ans sont mariés (72 p. 100). Le taux de divorce chez les personnes de 35 à 64 ans est supérieur à la moyenne, et le taux le plus élevé se trouve chez les personnes dont l'âge varie entre 65 et 74 ans. Environ les quatre cinquièmes des Canadiens de 45 à 64 ans sont mariés, et près de la moitié des Canadiens de 75 ans et plus sont veufs (la vaste majorité sont des femmes)[1].

Il existe aussi de grandes différences d'état civil entre les provinces et les territoires. Ce sont les territoires qui s'écartent le plus de la moyenne nationale. Les Territoires du Nord-Ouest comptent le nombre le plus élevé de célibataires (55 p. 100), suivis par le Yukon (46 p. 100). Cela s'explique peut-être par le caractère relativement jeune de la population de ces régions (voir le sujet 1). Les Territoires du Nord-Ouest affichent un taux de mariage peu élevé et les deux territoires comptent une faible proportion de veufs (2 p. 100 chacun). Dans les Territoires du Nord-Ouest et à Terre-Neuve, la proportion de divorces est la plus faible (2 p. 100). Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick affichent les taux de mariage les plus élevés (51 p. 100 dans les deux cas).

Les Canadiens les plus jeunes sont les plus susceptibles de vivre au sein d'une famille. En 1996, presque tous les Canadiens (99,8 p. 100) de moins de 15 ans vivent au sein d'une famille, contre seulement les deux tiers chez les personnes âgées (65 ans et plus)[1]. Seulement 56 p. 100 des personnes de 75 ans et plus vivent au sein de familles. Cela est particulièrement vrai pour les femmes de 75 ans et plus, qui constituent le seul groupe au Canada dont la majorité (57 p. 100) ne vit pas au sein d'une famille. À l'opposé, la plupart des hommes de 75 ans et plus (77 p. 100)[1] vivent encore au sein d'une famille. L'autre différence importante à souligner concerne les jeunes de 25 à 44 ans, où les hommes sont moins susceptibles de vivre au sein de familles que les femmes (81 p. 100 et 89 p. 100 respectivement).

On relève aussi certaines différences entre les provinces en ce qui concerne la composition des familles. Les Terre-Neuviens sont les plus susceptibles de vivre au sein de familles (93 p. 100) que les Canadiens en général (87 p. 100). À ce chapitre, la Colombie-Britannique et le Québec occupent le dernier rang (85 p. 100)[1]. La plupart des autres provinces et territoires se situent dans la moyenne nationale (87 p. 100).

Si les couples mariés représentent 74 p. 100 des familles canadiennes, on note des écarts importants entre les provinces : 64 p. 100 des Québécois vivent en couple, alors que c'est le cas de 81 p. 100 des Albertains (tableau 2b). Les deux territoires affichent des taux inférieurs à celui du Québec. Par conséquent, on dénombre plus de familles monoparentales et de conjoints de fait au Québec et dans les territoires, alors qu'en Alberta on trouve le moins de familles monoparentales.

Chez les familles ayant des enfants à la maison, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest comptent sensiblement plus d'enfants de chaque type de famille que la moyenne canadienne. En général, la différence dans le nombre de membres d'une famille entre les provinces et les territoires est minime (tableau 2b).

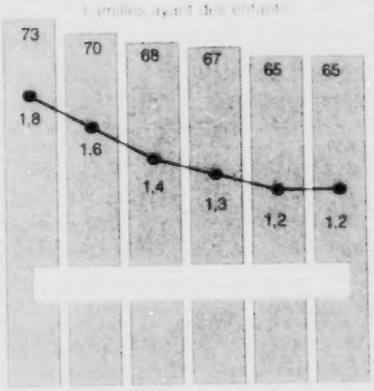
On trouve le plus grand nombre de familles dirigées par des conjoints de fait au Québec, qui compte 43 p. 100 de toutes ces familles[2]. En fait, près du quart de tous les couples québécois sont formés de conjoints de fait. Entre 1991 et 1996, c'est au Nouveau-Brunswick et dans les Territoires du Nord-Ouest qu'on a noté la plus forte croissance du nombre de familles dirigées par des conjoints de fait. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec et le Yukon ont enregistré des hausses supérieures à la moyenne nationale.

Définitions et méthodes

Ouvrages de référence

Divorces, Canada, 1971–1996

Familles ayant des enfants et nombre moyen d'enfants par famille, Canada, 1971–1996



En 1996, à l'échelle nationale, 14 p. 100 de tous les enfants de moins de six ans vivaient au sein de familles dirigés par des conjoints de fait[2], comparativement à 31 p. 100 au Québec. Toutes les provinces et les deux territoires ont enregistré de fortes hausses à ce chapitre depuis le recensement de 1991. À titre d'exemple, ces hausses ont été de 69 p. 100 et de 45 p. 100, au Québec et en Ontario respectivement.

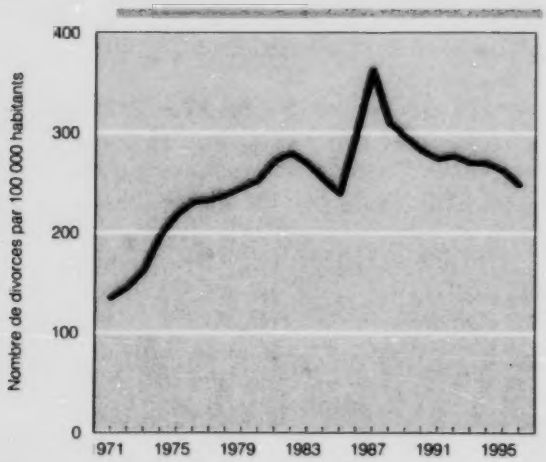
Définitions et méthodes

Les données proviennent du recensement de 1996. Dans le présent chapitre, le terme « célibataires » désigne les Canadiens qui n'ont jamais été mariés, et le terme « mariés », les Canadiens engagés dans un premier mariage, un remariage, une union de fait ainsi que ceux qui sont séparés (à moins de spécification différente, comme au tableau 2b). Les termes « divorcés » et « veufs » désignent uniquement les personnes qui ne se sont pas remariées. La « famille » désigne un groupe de deux personnes ou plus pouvant inclure époux, parents et enfants célibataires. Les personnes ne vivant pas au sein de familles vivent seules, ou avec des personnes qui ne sont pas parents, avec un ou des colocataires, ou en institution. Par « enfants », on entend fils et filles célibataires vivant à la maison (dont 90 p. 100 ont moins de 25 ans).

Ouvrages de référence

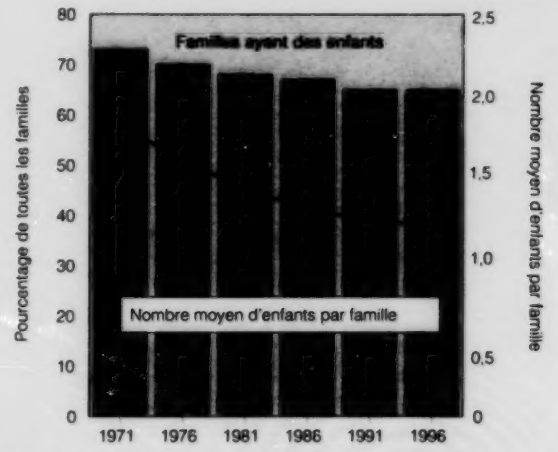
1. Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil, unions de fait et composition des familles, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0022XDB96005.
2. Statistique Canada, *Le divorce dans les années 1990, Rapports sur la santé*, 1997, vol. 9, n° 2, p. 53-58, n° de catalogue 82-003-XPB.
3. Statistique Canada, Mariages et divorces en 1996, *Le Quotidien*, 29 janvier 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
4. Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil, unions de fait et composition des familles, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0022XDB96006.
5. Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil, unions de fait et familles, *Le Quotidien*, 14 octobre 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
6. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Composition des familles, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0022XDB96010.
7. Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil et composition des familles, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0022XDB96008.
8. Statistique Canada, *Un portrait des familles canadiennes*, Ottawa, 1993, n° de catalogue 89-523.

Figure 2a **Divorces, Canada, 1971–1996**



Sources: Statistique Canada, Le divorce dans les années 1990, *Rapports sur la santé 1997*, vol. 9, n° 2, p. 53-58, n° de catalogue 82-003-XPB ; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé.

Figure 2b **Familles ayant des enfants et nombre moyen d'enfants par famille, Canada, 1971–1996**



Sources: Statistique Canada, *Un portrait des familles canadiennes*, Ottawa, 1993, n° de catalogue 89-523; Statistique Canada, Recensement de 1996 : état civil et composition des familles, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0022XDB96008.

Tableau 2a **État civil, selon l'âge, le sexe, la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Estimé de population	Célibataires[a]	Mariés[b]	Divorcés	Veufs
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, tous les âges	**28 847**	**42**	**47**	**4**	**5**
Hommes	14 170	45	50	3	2
Femmes	14 677	39	48	5	8
Total, 15 ans ou moins	5 901	100	–	–	–
Hommes	3 025	100	–	–	–
Femmes	2 876	100	–	–	–
Total, 15 à 19 ans	1 959	98	2	<1	<1
Hommes	1 003	98	2	<1	<1
Femmes	956	96	3	<1	<1
Total, 20 à 24 ans	1 898	78	22	<1	<1
Hommes	952	85	15	<1	<1
Femmes	946	71	29	<1	<1
Total, 25 à 34 ans	4 499	33	64	3	<1
Hommes	2 227	39	58	2	<1
Femmes	2 272	27	70	4	<1
Total, 35 à 44 ans	5 012	20	75	5	<1
Hommes	2 480	24	72	4	<1
Femmes	2 533	16	78	6	<1
Total, 45 à 54 ans	4 862	14	79	7	1
Hommes	2 403	16	78	6	<1
Femmes	2 459	11	79	8	1
Total, 55 à 64 ans	4 412	10	80	9	1
Hommes	2 186	11	81	7	<1
Femmes	2 226	9	79	10	2
Total, 65 à 74 ans	3 710	8	81	10	2
Hommes	1 848	8	83	8	1
Femmes	1 863	7	79	11	3
Total, 75 ans ou +	1 466	7	42	2	48
Hommes	544	6	70	2	22
Femmes	921	8	26	2	64
Terre-Neuve	552	42	51	2	5
Île-du-Prince-Édouard	135	43	48	3	6
Nouvelle-Écosse	909	41	49	4	6
Nouveau-Brunswick	738	41	51	3	5
Québec	7 139	42	48	5	5
Ontario	10 754	42	50	4	5
Manitoba	1 114	43	48	4	6
Saskatchewan	990	43	48	3	6
Alberta	2 697	43	49	4	4
Colombie-Britannique	3 735	41	50	5	5
Yukon	31	46	48	5	2
Territoires du Nord-Ouest	64	55	41	2	2

[a] Selon la définition de Statistique Canada, désigne les personnes qui n'ont jamais été mariées.

[b] Selon la définition de Statistique Canada, comprend les personnes qui vivent en union libre et les personnes séparées.

Source: Statistique Canada, Recensement de 1996, État civil, union de fait et composition des familles, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0022XDB96005.

Tableau 2b. **Familles de couples mariés, de conjoints de fait et monoparentales et nombre moyen d'enfants jamais mariés vivant à la maison, par province ou territoire, Canada, 1996**

	Familles de couples mariés				Familles de conjoints de fait				Familles monoparentales		
	Nombre	%	Nombre d'enfants pour toutes les familles	Nombre d'enfants pour toutes les familles ayant des enfants	Nombre	%	Nombre d'enfants pour toutes les familles	Nombre d'enfants pour toutes les familles ayant des enfants	Nombre	%	Nombre d'enfants pour toutes les familles
Canada	**5 779 720**	**74**	**1,2**	**1,9**	**920 640**	**12**	**0,8**	**1,7**	**1 137 510**	**15**	**1,6**
Terre-Neuve	121 855	78	1,3	1,9	13 410	9	0,8	1,6	20 480	13	1,5
Î.-P.-É.	27 915	78	1,3	2,0	2 765	8	0,8	1,7	5 200	14	1,6
Nouvelle-Écosse	190 040	75	1,1	1,9	24 420	10	0,7	1,6	39 685	16	1,5
Nouveau-Brunswick	155 315	75	1,2	1,9	22 490	11	0,8	1,6	29 435	14	1,5
Québec	1 240 270	64	1,2	1,9	400 270	21	0,9	1,6	309 435	16	1,5
Ontario	2 283 115	79	1,2	1,9	227 910	8	0,7	1,7	421 705	14	1,6
Manitoba	226 345	77	1,2	2,0	25 330	9	0,9	1,9	41 260	14	1,6
Saskatchewan	203 295	78	1,2	2,1	22 160	9	1,0	2,0	34 930	13	1,7
Alberta	717 560	81	1,2	2,0	72 320	8	0,8	1,8	92 485	10	1,6
Colombie-Britannique	765 565	76	1,1	2,0	103 865	10	0,7	1,7	139 010	14	1,6
Yukon	4 900	61	1,3	2,0	1 835	23	0,9	1,8	1 330	16	1,6
T.N.-O.	8 345	56	2,0	2,5	4 050	27	1,4	2,1	2 560	17	1,9

Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : état civil et composition de la famille, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0022XDB96008.

3

Natalité et fécondité

Introduction

La population canadienne s'est considérablement accrue depuis 1971 (sujet 1) pour deux raisons principales, l'immigration (sujet 4) et la natalité. Les facteurs qui ont une incidence sur le taux de naissances vivantes sont les perspectives économiques (sujets 6 et 7), les mortinaissances (sujet 65) et l'avortement (sujet 66), ainsi que les politiques sociales et de santé, les valeurs culturelles et sociales et l'état de santé des parents éventuels. Un sens de bien-être social général, entre autres, (sujet 11) peut aussi être un facteur.

Le présent chapitre traite de la répartition des naissances au Canada selon le groupe d'âge ainsi que la province ou le territoire de résidence de la mère.

Nombre de naissances en 1996

En 1996, plus de 366 000 nouveau-nés ont vu le jour au Canada, ce qui correspond à un taux de 1,59 naissance vivante par femme en âge de procréer (tableau 3)[1]. Le taux de fertilité, qui avait été à toutes fins utiles stable pendant plusieurs années, a régressé en 1996, pour atteindre un de ses niveaux les plus bas[1]. Le taux brut de natalité (nombre de naissances vivantes par 1 000 habitants) était de 12,2 en 1996, le plus bas enregistré au Canada depuis 1972 ; il ne fait nul doute que la baisse des taux de natalité, qui a caractérisé au moins les 25 dernières années, s'est poursuivi après avoir marqué un bref regain à la fin des années 1980 (figure 3a)[2].

En 1996, le taux moyen de naissances vivantes par femme en âge de procréer était moins élevé au Canada qu'en France, en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis, mais plus élevé qu'en Allemagne, en Espagne et au Japon (figure 3b)[3].

Différences entre les groupes

Ce sont surtout des femmes âgées de 25 à 29 ans qui deviennent mères; viennent ensuite les femmes de 30 à 34 ans. En 1996, les mères de près des deux tiers de tous les nouveau-nés se situaient dans cette fourchette d'âge de 10 ans. Toutefois, les mères de 227 nouveau-nés étaient âgées de 10 à 14 ans, tandis que les mères de 211 nouveau-nés avaient 45 ans ou plus (tableau 3). Les taux de natalité en fonction de l'âge (sur 1 000 femmes appartenant à ce groupe d'âge) sont aussi bas que 0,2 pour les femmes de 45 ans ou plus, et aussi hauts que 105,9 pour les femmes entre 25 et 29 ans.

Les taux de fertilité varient grandement d'une province ou d'un territoire à l'autre, de 1,26 naissance vivante par femme à Terre-Neuve à 2,71 dans les Territoires du Nord-Ouest (tableau 3). Les Prairies et les deux territoires affichent des taux plus élevés que ceux du reste du Canada[1]. De même, les taux bruts de natalité (par 1 000 habitants) varient beaucoup, de 10,1 à Terre-Neuve, le taux le plus bas, à 23,5 dans les Territoires du Nord-Ouest. Outre Terre-Neuve, les autres provinces affichant un taux inférieur à la moyenne nationale de 12,2 sont le Nouveau-Brunswick (10,7), la Nouvelle-Écosse (11,2), le Québec (11,5) et la Colombie-Britannique (12,0).

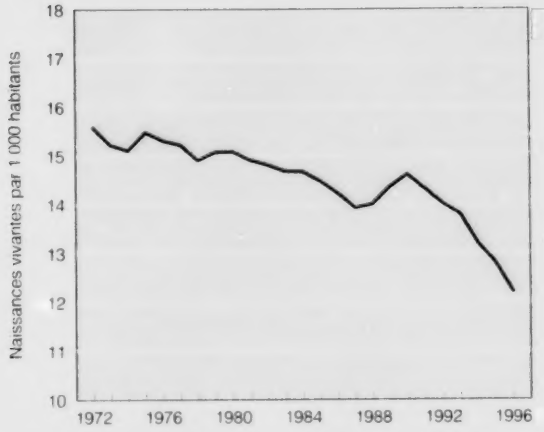
Définitions et méthodes

Les taux de fécondité constituent le résumé statistique des taux de fécondité selon l'âge, (qui n'apparaissent pas au tableau 3) exprimés sous la forme du nombre moyen d'enfants nés vivants de femmes âgées de 15 à 49 ans [4]. Les femmes de moins de 15 ans sont intégrées au groupe des 15 à 19 ans, et les femmes de plus de 49 ans, au groupe des 45 à 49 ans. Les taux bruts de natalité (pour le Canada et les provinces) représentent le nombre de naissances vivantes par 1 000 habitants. Les taux de natalité selon l'âge indiquent le nombre moyen de naissances vivantes par 1 000 femmes d'un groupe d'âge donné. Les taux de grossesse diffèrent des taux de fécondité et on les signale (pour les adolescents) dans le sujet 64.

Ouvrages de référence

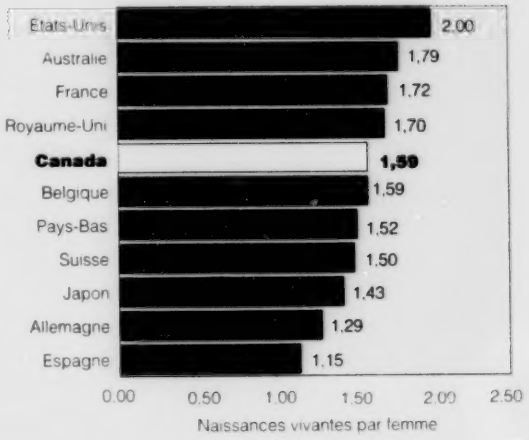
1. Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.
3. Dumas, J. et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, nº de catalogue 91-209.
4. Statistique Canada, *Recueil des statistiques de l'état civil 1996*, Ottawa, 1999, nº de catalogue 84-214-XPF.

Figure 3a **Taux brut de natalité, Canada, 1972–1996**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé.

Figure 3b **Taux de fécondité total, pays industrialisés choisis, 1996**

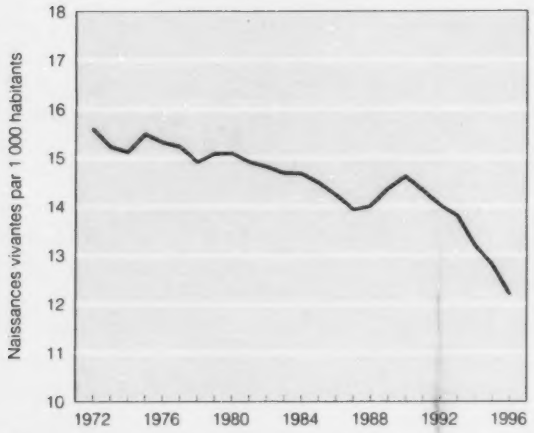


Source: Dumas J., et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997* : la conjoncture démographique, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, nº de catalogue 91-209.

Ouvrages de référence

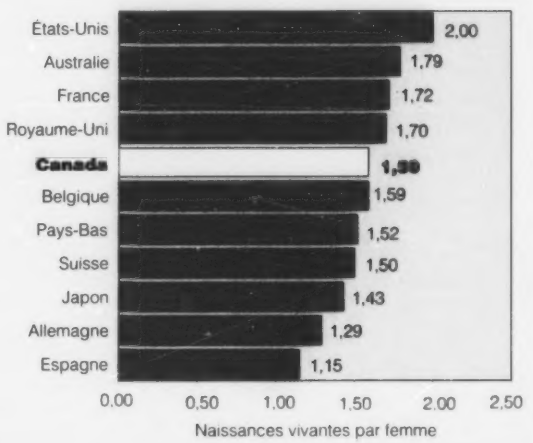
1. Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.
3. Dumas, J. et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209.
4. Statistique Canada, *Recueil des statistiques de l'état civil 1996*, Ottawa, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Figure 3a. **Taux brut de natalité, Canada, 1972–1996**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé.

Figure 3b. **Taux de fécondité total, pays industrialisés choisis, 1996**



Source: Dumas J., et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997* : la conjoncture démographique, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209.

Tableau 3. **Nombre de naissances vivantes, taux de fécondité et taux de natalité selon l'âge de la mère, la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Naissances		Taux de fécondité[a]	Taux brut de natalité[b]
	Nombre	**%**		
Total, tous les âges	**366 189**	**100**	**1,59**	**12,2**
10 à 14 ans	227	0,1	n/d	n/d[c]
15 à 19 ans	21 597	5,9	n/d	22,3
20 à 24 ans	67 515	18,4	n/d	67,3
25 à 29 ans	116 723	31,9	n/d	105,9
30 à 34 ans	111 024	30,3	n/d	85,6
35 à 39 ans	42 637	11,6	n/d	32,2
40 à 44 ans	6 056	1,7	n/d	5,1
45 ans ou +	211	0,1	n/d	0,2
Terre-Neuve	5 747	1,7	1,26	10,1
Île-du-Prince-Édouard	1 694	0,5	1,67	12,3
Nouvelle-Écosse	10 562	2,9	1,49	11,2
Nouveau-Brunswick	8 176	2,2	1,41	10,7
Québec	85 226	23,3	1,56	11,5
Ontario	140 012	38,2	1,57	12,4
Manitoba	15 478	4,2	1,86	13,5
Saskatchewan	13 300	3,6	1,89	13,0
Alberta	37 851	10,3	1,72	13,6
Colombie-Britannique	46 138	12,6	1,54	12,0
Yukon	443	0,1	1,69	14,1
Territoires du Nord-Ouest	1 562	0,4	2,71	23,5

n/d = Données non disponibles

[a] Le taux de fécondité total (pour le Canada et les provinces) est le nombre moyen d'enfants qu'une femme peut prévoir avoir sa vie durant, selon les taux de natalité de 1996.

[b] Naissances vivantes par 1 000 habitants.

[c] Le taux de natalité pour les groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans est inclus dans ce dernier.

Sources: Statistique Canada, Naissances 1996, *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé.

4

Immigration

Introduction

Depuis l'arrivée des premiers explorateurs européens, il y a plus de 450 ans, l'immigration a toujours été un élément vital de la société canadienne. Le présent chapitre porte sur la population immigrante totale du Canada, le pays d'origine des immigrants ainsi que les catégories d'immigrants qui vivent au pays. L'immigration est un élément important de l'état de santé général de la population, la santé des immigrants étant souvent distincte de celle de la population générale. Elle est parfois meilleure, notamment en ce qui concerne le taux d'usage du tabac moins élevé chez les immigrants récents[1], parfois pire, pour ce qui est du nombre de cas de tuberculose en provenance de pays pauvres (sujet 71).

Tendances en matière d'immigration

En 1996, le Canada compte près de 5 millions d'immigrants (tableau 4)[2], soit 17 p. 100 de sa population. Plus d'immigrants (figure 4a)[3] sont originaires du Royaume-Uni (13 p. 100) ou de l'Italie (7 p. 100) que de tout autre pays. Ces immigrants en provenance de l'Europe ont toutefois été remplacés par des immigrants nés en Asie et au Moyen-Orient (figure 4b)[3]; en fait, entre 1991 et 1996, 57 p. 100 des immigrants proviennent de ces deux régions du monde.

Même si les vagues d'immigration fluctuent généralement au fil des ans, entre 1991 et 1996, les immigrants originaires de pays comme Hong Kong, la Chine et l'Inde continuent d'arriver en grand nombre, ce qui n'est pas le cas d'autres pays comme le Portugal et la Pologne (figure 4c)[4].

En 1996, le Canada compte 226 072 immigrants reçus[4]. La majorité d'entre eux appartiennent aux catégories des immigrants indépendants (56 p. 100) et de la famille (30 p. 100), une différence par rapport à 1993, où les deux catégories étaient de proportions égales (figure 4d)[4]. En fait, le Canada a accueilli sensiblement le même nombre d'immigrants de la famille en 1996 qu'en 1990. En 1996, environ un immigrant sur six appartient à la catégorie des réfugiés, ce qui correspond aux statistiques depuis 1981 (à l'exception d'une brève remontée, entre 1989 et 1993).

De 1981 à 1996, certains changements importants sont survenus quant au nombre des immigrants reçus au Canada (figure 4d). De 1980 à 1983, ce nombre a diminué chaque année pour atteindre un plancher de 84 302 en 1983. En 1987, il avait atteint un niveau supérieur à celui de 1981. En 1992, le nombre total d'immigrants reçus avait presque doublé par rapport à 1980. Cette tendance à l'accroissement de l'immigration atteint son sommet en 1993, avec l'arrivée de 256,000 immigrants. Le nombre a légèrement diminué pour s'établir à environ 225 000 immigrants par année depuis 1993.

Caractéristiques des immigrants

La population immigrante diffère de la population née au Canada. Par exemple, 47 p. 100 des immigrants arrivés en 1996 sont âgés de 25 à 44 ans, et 22 p. 100, de 0 à 14 ans[5], soit des proportions supérieures aux catégories correspondantes de la population canadienne (33 p. 100 et 21 p. 100 respectivement; voir sujet 1). De plus, 27 p. 100 des immigrants ont plus de 65 ans, alors que ce groupe d'âge ne représente que 11 p. 100 de la population canadienne totale (sujet 1). On compte également un nombre moindre d'immigrants chez les jeunes de moins de 15 ans (5 p. 100) ou de 15 à 24 ans (11 p. 100).

On observe également des différences importantes quant au lieu de résidence des immigrants. Plus de la moitié de la population immigrante vit en Ontario ou en Colombie-

Britannique, et cette dernière a connu une hausse de 25 p. 100 de sa population immigrante depuis 1991, la plus élevée de toutes les provinces[3]. L'Alberta, le Manitoba et le Yukon comptent aussi une population immigrante importante. Dans les provinces de l'Est, par contre, les concentrations sont plus faibles, Terre-Neuve étant celle qui compte le moins d'immigrants (moins de 2 p. 100). Les immigrants récents se trouvent dans les trois plus grandes agglomérations urbaines du pays, soit Toronto, Montréal et Vancouver. En effet, 85 p. 100 de tous les immigrants habitent une région métropolitaine de recensement (RMR), contre seulement 57 p. 100 de la population née au Canada[3].

Les récents immigrants, peu importe leur pays d'origine, tendent à être en meilleure santé que les résidents canadiens[6]. Les nouveaux immigrants tendent à être en santé principalement à cause du processus d'immigration. Les gens en bonne santé sont plus portés à émigrer que ceux en mauvaise santé et les immigrants en attente doivent d'abord subir un examen médical pour des problèmes médicaux importants. Lors de l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-95*, 50 p. 100 de tous les immigrants âgés de plus de 18 ans, par rapport à 57 p. 100 des résidents canadiens, ont rapporté un problème chronique de santé comme des allergies ou des problèmes d'articulation. Dans la même enquête, 18 p. 100 d'immigrants, par rapport à 22 p. 100 des résidents canadiens, ont rapporté une incapacité à long terme. Toutefois, plus les immigrants vivent longtemps au Canada, plus leur santé ressemble à celle des Canadiens de naissance. Leur style de vie et les comportements face à la santé ressemblent à ceux des Canadiens. Les taux de consommation du tabac en sont un bon exemple[1].

Définitions et méthodes

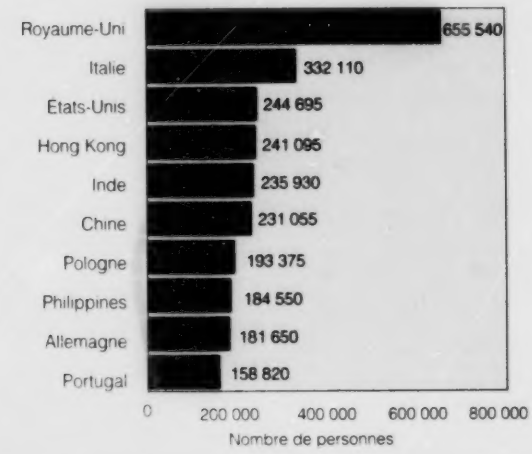
Le recensement de 1996 est la principale source de renseignements sur l'immigration, tandis que les données annuelles proviennent de Citoyenneté et Immigration Canada.

En général, le terme « immigrant » désigne toute personne née à l'extérieur du Canada de parents non canadiens, mais à qui les autorités canadiennes de l'immigration ont accordé le droit de s'établir en permanence au pays. La catégorie des « immigrants indépendants » regroupe notamment les parents aidés, les gens d'affaires et les retraités. Par « réfugiés », on entend autant les particuliers que les catégories désignées, et par « immigrants de la famille », les personnes qui ont un lien de famille immédiat et qui arrivent au Canada ensemble. Par "nouveaux immigrants", on entend ces personnes qui immigrent dans une période de temps donnée. Veuillez consulter le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada (http://cicnet.ci.gc.ca) pour des définitions plus détaillées.

Ouvrages de référence

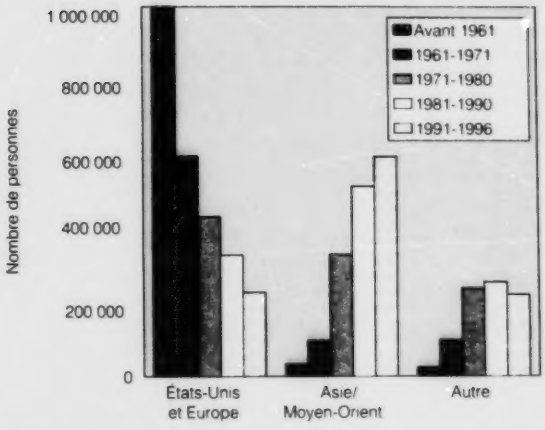
1. Millar, W.J., « Place of birth and ethnic status: factors associated with smoking prevalence among Canadians », *Rapports sur la santé* 1992, vol. 4, n° 1, p. 7-24, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
2. Statistique Canada, recensement de 1996, *Immigration et citoyenneté*, série *Le pays*, n° de catalogue 93F0023XDB96005.
3. Statistique Canada, recensement de 1996, *Immigration et citoyenneté*, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
4. Dumas, J. et A. Bélanger, *Rapport sur la situation démographique au Canada 1997 : analyse démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209 (données en provenance de Citoyenneté et Immigration Canada).
5. Citoyenneté et Immigration Canada, *Faits et chiffres 1996: Aperçu de l'immigration*. Consultez le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada (www.cicnet.ci.gc.ca).
6. Chen, J., E. Ng et R. Wilkins, *La santé des immigrants au Canada en 1994-95*, *Rapports sur la santé* 1996, vol. 7, n° 4, p. 33-45, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.

Figure 4a **Lieu de naissance de tous les immigrants, 1996**



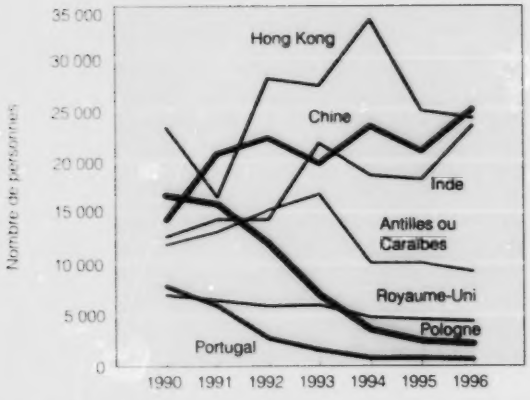
Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : Immigration et citoyenneté, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997, n° de catalogue 11-001-XIF.

Figure 4b **Lieu de naissance de tous les immigrants, selon la période d'immigration, recensement de 1996**



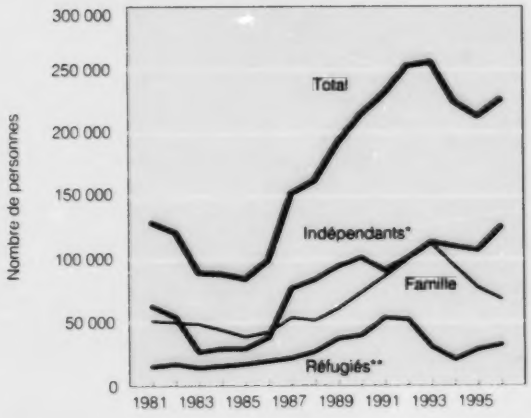
Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : Immigration et citoyenneté, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997, no de catalogue 11-001-XIF.

Figure 4c **Lieu de naissance des nouveaux immigrants, 1990-1996**



Source: Dumas J., et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209 (source des données originales : Citoyenneté et Immigration Canada).

Figure 4d **Nouveaux immigrants reçus, selon la catégorie, 1981–1996**

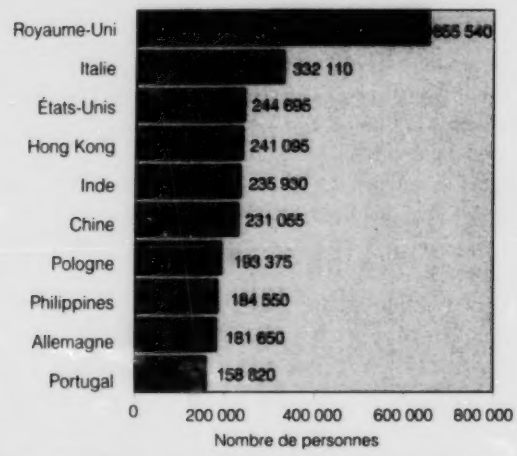


* Inclut les parents aidés, les gens d'affaires, les immigrants, les retraités et autres.

** Comprend autant les particuliers que les membres de catégories désignées.

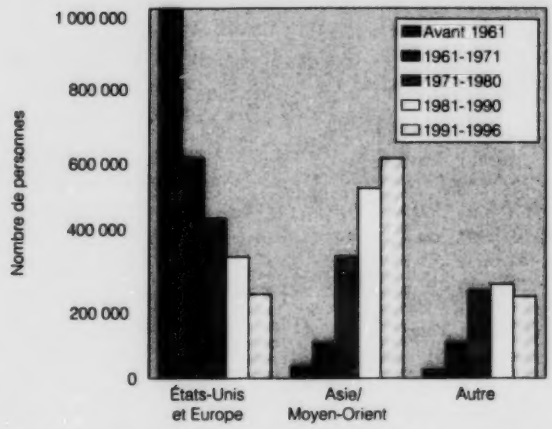
Source: Dumas J., et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209 (d'après des données originales de Citoyenneté et Immigration Canada).

Figure 4a. **Lieu de naissance de tous les immigrants, 1996**



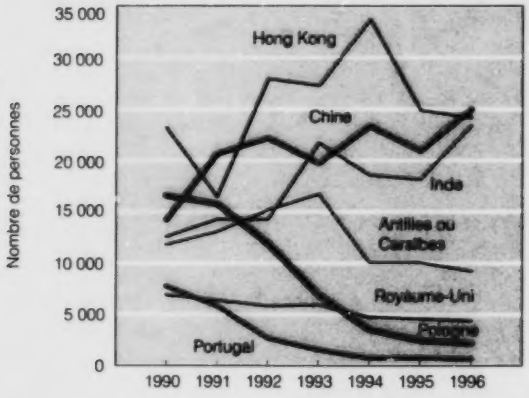
Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : Immigration et citoyenneté, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997, n° de catalogue 11-001-XIF.

Figure 4b. **Lieu de naissance de tous les immigrants, selon la période d'immigration, recensement de 1996**



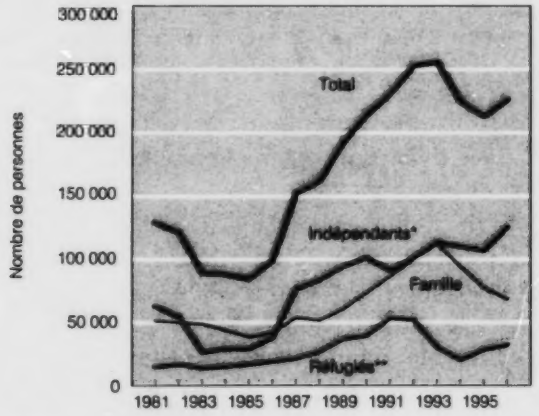
Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : Immigration et citoyenneté, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997, no de catalogue 11-001-XIF.

Figure 4c. **Lieu de naissance des nouveaux immigrants, 1990-1996**



Source: Dumas J., et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209 (source des données originales : Citoyenneté et Immigration Canada).

Figure 4d. **Nouveaux immigrants reçus, selon la catégorie, 1981–1996**



* Inclut les parents aidés, les gens d'affaires, les immigrants, les retraités et autres.

** Comprend autant les particuliers que les membres de catégories désignées.

Source: Dumas J., et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209 (d'après des données originales de Citoyenneté et Immigration Canada).

Tableau 4. **Population immigrante, selon l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Population canadienne totale	Immigrants
	(en milliers)	(%)
Total, tous les âges	**28 528**	**17,4**
Hommes	14 047	17,1
Femmes	14 481	17,7
Total, moins de 15 ans	5 899	4,9
Hommes	3 024	4,9
Femmes	2 875	4,9
Total, 15 à 19 ans	1 956	9,9
Hommes	1 008	10,0
Femmes	948	9,7
Total, 20 à 24 ans	1 893	12,6
Hommes	947	12,2
Femmes	946	13,1
Total 25 à 34 ans	4 481	17,7
Hommes	2 209	17,2
Femmes	2 272	18,2
Total, 35 à 44 ans	4 843	19,5
Hommes	2 386	18,9
Femmes	2 457	20,0
Total, 45 à 54 ans	3 698	25,2
Hommes	1 837	25,3
Femmes	1 861	25,1
Total, 55 à 64 ans	2 478	27,5
Hommes	1 217	28,1
Femmes	1 261	26,9
Total, 65 ans ou +	3 280	27,2
Hommes	1 417	28,5
Femmes	1 862	26,7
Terre-Neuve	547	1,6
Île-du-Prince-Édouard	133	3,3
Nouvelle-Écosse	900	4,7
Nouveau-Brunswick	730	3,3
Québec	7 045	9,4
Ontario	10 643	25,6
Manitoba	1 100	12,4
Saskatchewan	977	5,4
Alberta	2 669	15,2
Colombie-Britannique	3 690	24,5
Yukon	31	10,4
Territoires du Nord-Ouest	64	4,8

Sources: Statistique Canada, Recensement de 1996 : Immigration et citoyenneté, série *Le pays*, nº de catalogue 93F0023XDB96005 ; La Division des statistiques sociales, du logement et des familles de Statistique Canada a également apporté son aide.

5

Niveau d'instruction et alphabétisation

Introduction

Tout le monde s'entend pour dire que la situation socioéconomique est en grande partie déterminée par le niveau d'instruction, qui constitue, dans le cadre du présent *Rapport*, un indicateur clé. (Il est en effet souvent plus difficile d'obtenir des données fiables sur le revenu à partir des relevés de population). La situation socioéconomique, en général, et le niveau d'instruction en particulier, sont très souvent directement associés à l'état de santé et aux habitudes de santé[1]. Dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997 par exemple, seulement 19 p. 100 des répondants n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont fait état d'une excellente santé, comparativement à presque 30 p. 100 des diplômés universitaires[2].

Il est aujourd'hui indispensable de savoir lire, écrire et compter pour être un membre à part entière de la société. Les personnes qui ne possèdent pas ces aptitudes sont incapables de suivre l'évolution du monde du travail et de saisir les occasions offertes par les gouvernements sous forme de documents imprimés. Comme ces personnes ont du mal à combler leurs besoins quotidiens, elles finissent par se sentir en marge de la société et par développer des problèmes de santé physique et mentale. L'alphabétisation est aujourd'hui une priorité des gouvernements.

Le chapitre traite du niveau d'instruction des Canadiennes et des Canadiens âgés de 15 ans ou plus, de l'alphabétisation des personnes de 16 à 65 ans, et de la maturité scolaire des enfants de 4 et 5 ans.

Niveau d'instruction et alphabétisation

Selon le recensement de 1996, plus de 14 millions de Canadiens âgés de 15 ans ou plus (66 p. 100) avaient *au moins* terminé des études secondaires (tableau 5a)[3,4]. La majorité des personnes de 15 à 19 ans n'avaient pas terminé des études secondaires, ce qui n'est pas étonnant. Environ 69 p. 100 des Canadiens de 20 ans et plus avaient au moins terminé des études secondaires; le niveau d'instruction le plus fréquent était le collégial (27 p. 100), suivi du diplôme d'études secondaires (25 p. 100) et du diplôme universitaire (17 p. 100).

De 1971 à 1996, on constate un déclin marqué du nombre de Canadiens âgés de 15 ans et plus dont le niveau d'instruction est inférieur à la 9e année (de 32 p. 100 à 12 p. 100), et une hausse correspondante du nombre de Canadiens ayant terminé des études postsecondaires (de 17 p. 100 à 34 p. 100) (figure 5a)[5]. La tendance à la hausse du nombre des personnes ayant terminé des études postsecondaires semble connaître un certain ralentissement, puisque la hausse enregistrée n'a été que de quatre points de pourcentage, de 1986 à 1996; toutefois, le nombre de Canadiens dont le niveau d'instruction est inférieur à la 9e année a continué de diminuer fortement. Par contre, le nombre de Canadiens ayant terminé les 9e à 13e années et des études universitaires durant la même période est demeuré assez stable (un changement de deux et de quatre points de pourcentage, respectivement). Il est intéressant de noter que 1996 marquait la première année de recensement où le nombre de diplômés universitaires était supérieur au nombre de personnes n'ayant pas terminé la 9e année.

En 1994-1995, seulement de 57 à 58 p. 100 des Canadiens de 16 à 65 ans avaient atteint ou dépassé le niveau 3 (sur un total possible de 5) en ce qui concerne les capacités de lecture de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif (tableau 5b)[6,7]. Au Canada, le niveau d'alphabétisation est réparti un peu comme aux États-Unis, bien que l'on compte une proportion légèrement plus élevée au niveau 1, aux États-Unis. Dans les deux pays, on trouve un grand nombre de personnes au niveau 1

(plus particulièrement en ce qui concerne les capacités de lecture de textes schématiques) et au niveau 4-5. Ce sont les Pays-Bas qui présentent la plus forte cohérence interne à tous les niveaux, tandis que la Suède occupe les rangs supérieurs des trois échelles. En comparant le niveau 4-5 de chaque échelle, le Canada se classe, parmi les onze régions ou pays énumérés, au deuxième rang quant aux capacités de lecture de textes suivis et de textes schématiques, et au cinquième, à l'égard des textes au contenu quantitatif.

Il n'y a pas de données conjoncturelles pour décrire l'évolution de la situation à ce chapitre, ni pour décrire la situation des Autochtones.

Différences entre les groupes

On remarque de grandes différences entre les groupes en ce qui concerne le niveau d'instruction, qui permettent d'expliquer les différences de l'état de santé décrites ultérieurement dans le *Rapport*. En outre, le niveau d'instruction des parents est intimement lié à la maturité scolaire des enfants (figure 5b)[5,8], ce qui pourrait expliquer pourquoi l'on observe parfois les mêmes formes de pauvreté et de chômage d'une génération à l'autre.

En général, on trouve un nombre égal d'hommes et de femmes n'ayant pas achevé des études secondaires, mais celles-ci quittent l'école après des études secondaires un peu plus souvent que les hommes, et sont un peu moins susceptibles de détenir un certificat d'études collégiales ou un diplôme universitaire. Toutefois, les femmes dans la vingtaine sont *plus susceptibles* de détenir un diplôme d'études collégiales ou universitaire que les hommes du même groupe d'âge (tableau 5a). L'un des changements les plus notables observé entre 1971 et 1996 a été l'augmentation du nombre de Canadiennes ayant obtenu un diplôme universitaire, tant chez les femmes de 15 à 24 ans que chez celles de 25 ans ou plus. En 1996, le nombre de diplômées universitaires de plus de 25 ans avait quadruplé par rapport à 1971, tandis que chez les hommes de 25 ans et plus, il avait doublé durant la même période (figure 5c)[5].

On remarque un rapport inverse très marqué entre l'âge et la scolarité: la proportion des personnes n'ayant pas terminé des études secondaires augmente à chaque groupe d'âge. Par exemple, les Canadiens de la jeune vingtaine sont plus de deux fois plus nombreux que ceux de 55 ans ou plus à avoir terminé des études secondaires ou postsecondaires (tableau 5a). On trouve un plus grand nombre de personnes détenant un diplôme d'études collégiales ou un diplôme universitaire parmi les 25 à 44 ans; environ le tiers de celles-ci détiennent un diplôme d'études collégiales, et 21 p. 100, un diplôme universitaire[3].

Le nombre de Canadiens n'ayant pas terminé leurs études secondaires varie considérablement d'une province à l'autre: 45 p. 100 des habitants de Terre-Neuve et 31 p. 100 des habitants de la Colombie-Britannique, par exemple. L'écart est moins prononcé en ce qui a trait à l'obtention du certificat d'études secondaires et du diplôme d'études collégiales. Terre-Neuve affiche le plus faible taux de diplômés universitaires (10 p. 100), alors que l'Ontario et le Yukon présentent le taux le plus élevé (17 p. 100) (tableau 5a). Il importe de tenir compte de ces différences pour examiner les comparaisons interprovinciales présentées ailleurs dans le *Rapport*, puisque celles-ci n'ont pas été normalisées en fonction de la scolarité. Par ailleurs, c'est à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan que la maturité scolaire est la plus élevée chez les enfants de 4-5 ans, tandis que celle des jeunes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique est nettement inférieure à la moyenne nationale[9].

Selon le recensement de 1996, les Canadiens d'origine autochtone se situent sous la moyenne nationale des 15 ans et plus en ce qui a trait à la scolarité officielle, peu importe le groupe d'âge[10]. Environ 54 p. 100 des Autochtones âgés de 15 ans et plus ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires, contre 35 p. 100 de la population non autochtone. Seulement 5 p. 100 des Autochtones détiennent un diplôme universitaire, comparativement à 16 p. 100 de la population non autochtone. Les comparaisons entre 1981 et 1996 révèlent cependant que les Autochtones font des progrès. Durant cette période, la proportion des Autochtones de 20 à 29 ans qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires est passée de 19 p. 100 à 23 p. 100, et celles des Autochtones qui ont un diplôme universitaire, de 3 p. 100 à 4 p. 100. Entre 1981 et 1996, la proportion d'Autochtones n'ayant pas terminé des études secondaires est passée de 59 p. 100 à 45 p. 100.

En ce qui concerne l'alphabétisation, on relève plusieurs écarts entre les divers groupes[11].

- L'alphabétisation des Canadiens adultes âgés de plus de 45 ans est nettement plus faible que celle des Canadiens de 16 à 45 ans. L'écart est essentiellement attribuable à la situation

socioéconomique et aux années de scolarité des répondants, ainsi qu'à la langue du questionnaire autre que leur langue officielle.

- Les femmes ont obtenu des résultats supérieurs à ceux des hommes quant aux capacités de lecture de textes suivis, dans le groupe d'âge de 16 à 90 ans. Cependant, on n'a noté aucun écart statistique significatif entre les sexes en ce qui a trait aux capacités de lecture de textes schématiques. Les hommes ont eu des résultats supérieurs en ce qui concerne les capacités de lecture de textes au contenu quantitatif, mais seulement chez les jeunes de 16 à 25 ans et chez les adultes de plus de 65 ans.

- Les adultes ayant répondu au questionnaire dans une autre langue que leur langue maternelle ont obtenu des résultats nettement inférieurs à ceux y ayant répondu dans leur langue maternelle.

- Les adultes provenant des « collectivités rurales » ont obtenu des résultats légèrement inférieurs aux adultes des régions urbaines (l'écart de scolarité officielle étant d'environ 5 mois). Par ailleurs, en tenant compte de leurs antécédents socioéconomiques, les adultes des régions rurales ont obtenu des résultats supérieurs (malgré une différence d'environ un an de scolarité).

- Les écarts interprovinciaux entre les résultats sur l'alphabétisation varient beaucoup. On peut classer les résultats non corrigés des jeunes en trois groupes: les jeunes du Manitoba et de la Saskatchewan ont une année de scolarité de plus que la moyenne nationale, ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse et du Québec se rapprochent de la moyenne nationale, et ceux de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard ont une année de scolarité de moins que la moyenne nationale. Environ les trois huitièmes de la variation sont attribuables au fait que les jeunes n'ont pas les mêmes antécédents socioéconomiques.

- Le lien entre les capacités de lecture et le statut socioéconomique varie beaucoup d'une province à l'autre. La répartition des capacités d'alphabétisation selon les classes sociales est nettement plus équitable au Québec et dans les Prairies. Les jeunes de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et des quatre provinces de l'Atlantique qui proviennent de familles défavorisées ont obtenu des résultats nettement inférieurs aux jeunes d'autres provinces vivant dans les mêmes conditions.

En ce qui concerne la maturité scolaire, les écarts entre les groupes correspondent à ces résultats: les garçons et filles ont obtenu des résultats comparables aux tests de vocabulaire, et on a remarqué que le statut social de la famille, particulièrement le niveau d'instruction de la mère et l'emploi du père présentent une relation positive avec la maturité scolaire[8]. En outre, les enfants provenant de familles biparentales et de familles peu nombreuses avaient un avantage au niveau de la maturité scolaire.

Définitions et méthodes

Les données sur le niveau d'instruction proviennent du recensement de 1996. Dans le présent chapitre ainsi que dans tous ceux où figurent les mêmes catégories de scolarité, le niveau indiqué correspond au niveau de scolarité le plus élevé qu'une personne a atteint. La seule catégorie qu'on ne trouve pas ailleurs est celle désignant « certaines études postsecondaires », où les personnes ont obtenu un diplôme d'études secondaires ou collégiales, mais n'ont poursuivi des études supérieures (collégiales, professionnelles ou universitaires) que partiellement. Dans la plupart des sections du *Rapport*, ce groupe est inclus dans le groupe ayant terminé des études secondaires.

La plupart des renseignements présentés par niveau d'instruction ailleurs dans le *Rapport* sont normalisés en fonction de l'âge, c'est-à-dire rajustés comme si la ventilation selon l'âge était la même dans les quatre principaux groupes. Ces données ainsi modifiées sont indiquées, mais certaines données ne sont pas normalisées en raison du manque d'accès aux microdonnées ou d'échantillons restreints.

L'*Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes* (EIAA) a examiné les capacités de lecture des Canadiens et des citoyens d'autres pays à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif, en mettant l'accent sur les habiletés pratiques requises pour la vie de tous les jours. Les capacités de lecture de textes suivis désignent les connaissances nécessaires pour lire et comprendre un passage écrit alors que les capacités de lecture de textes schématiques décrivent la capacité de

remplir divers formulaires comme les demandes d'emploi et les capacités de lecture de textes au contenu quantitatif (ou capacités au calcul), les connaissances requises pour appliquer des opérations arithmétiques. On a classé les capacités de lecture et d'écriture selon cinq niveaux, où chaque niveau supérieur représente des tests plus complexes. L'EIAA a été menée en 1994-1995 dans un certain nombre de pays. Des tests de pondération révèlent une correspondance de 97 p. 100 des enquêtes entre les pays participants[11].

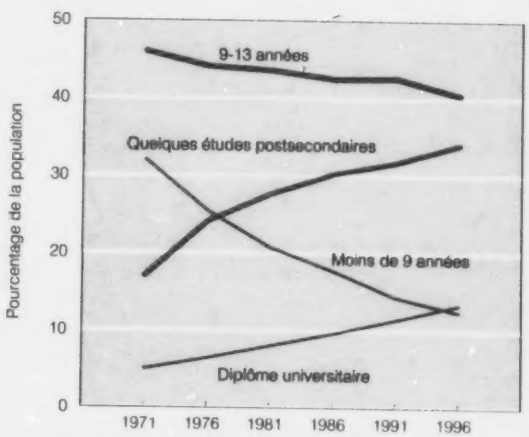
Les répondants de l'EIAA étaient généralement âgés de 16 à 65 ans, et représentatifs de la population de leur pays entre ces âges (bien qu'aucune limite d'âge ne fût imposée aux répondants canadiens). Au Canada, on a obtenu les réponses de 3 130 Anglophones et de 1 370 Francophones, échantillon représentant 98 p. 100 de la population âgée de 16 ans et plus, mais excluant les personnes placées en établissement, vivant dans des réserves indiennes, les membres des forces armées ainsi que les habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

La maturité scolaire a été évaluée à l'aide d'un échantillon de plus de 3 000 enfants de 4 et 5 ans, dans le cadre de l'*Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1994-1995*, à l'aide du test de vocabulaire par l'image Peabody. Les enfants qui obtiennent un résultat de 85 points sur 100 sont considérés comme normaux; les résultats inférieurs et supérieurs désignent respectivement un retard ou une précocité[8,9]

Ouvrages de référence

1. Millar W, et T. Stephens, « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé* 1992, n° 5, p. 143-156, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, données de la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
4. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0028XDB96001.
5. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0028XDB96002.
6. Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Littérature, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, n° de catalogue 89-545-F, 1995.
7. OCDE et Développement des ressources humaines Canada, *Aptitudes en littératie pour la société de connaissance : autres résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, 1997.
8. Ross, D.P, K. Scott et M.A. Kelly, « Overview: Children in Canada in the 1990s », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue 89-55-MPF, n° 1, novembre 1996.
9. Willms, J. Douglas, « Indicators of mathematics achievement in Canadian elementary schools », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue 89-55-MPF, n° 1, novembre 1996.
10. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, *Le Quotidien*, 14 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
11. Willms, J. Douglas, *Les capacités de lecture des jeunes Canadiens*, septembre 1997, Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, Statistique Canada, n° de catalogue 89-552-MPF, n° 1.

Figure 5a. **Niveau d'instruction le plus élevé, population de 15 ans ou plus, Canada, 1971–1996**



Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0028XDB96002.

remplir divers formulaires comme les demandes d'emploi et les capacités de lecture de textes au contenu quantitatif (ou capacités au calcul), les connaissances requises pour appliquer des opérations arithmétiques. On a classé les capacités de lecture et d'écriture selon cinq niveaux, où chaque niveau supérieur représente des tests plus complexes. L'EIAA a été menée en 1994-1995 dans un certain nombre de pays. Des tests de pondération révèlent une correspondance de 97 p. 100 des enquêtes entre les pays participants[11].

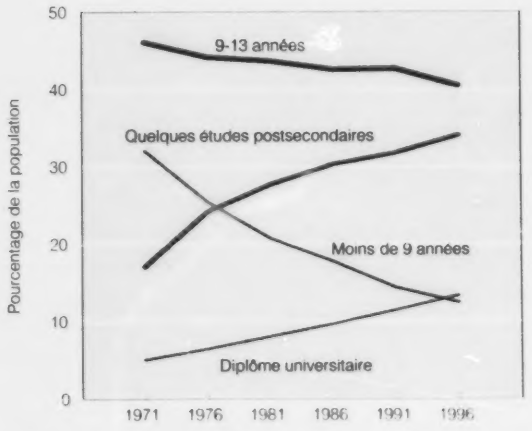
Les répondants de l'EIAA étaient généralement âgés de 16 à 65 ans, et représentatifs de la population de leur pays entre ces âges (bien qu'aucune limite d'âge ne fût imposée aux répondants canadiens). Au Canada, on a obtenu les réponses de 3 130 Anglophones et de 1 370 Francophones, échantillon représentant 98 p. 100 de la population âgée de 16 ans et plus, mais excluant les personnes placées en établissement, vivant dans des réserves indiennes, les membres des forces armées ainsi que les habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

La maturité scolaire a été évaluée à l'aide d'un échantillon de plus de 3 000 enfants de 4 et 5 ans, dans le cadre de *l'Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1994-1995*, à l'aide du test de vocabulaire par l'image Peabody. Les enfants qui obtiennent un résultat de 85 points sur 100 sont considérés comme normaux; les résultats inférieurs et supérieurs désignent respectivement un retard ou une précocité[8,9]

Ouvrages de référence

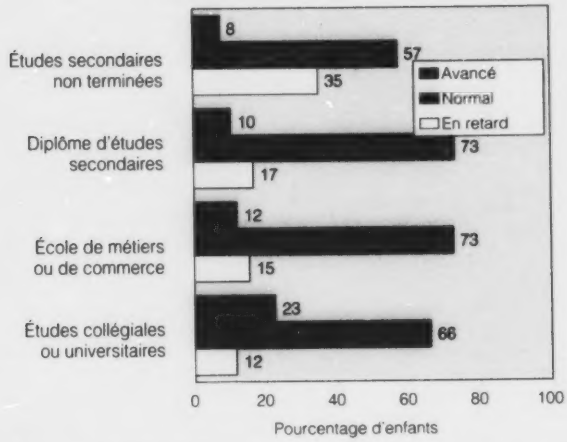
1. Millar W, et T. Stephens, « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé* 1992, nº 5, p. 143-156, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, données de la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
4. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96001.
5. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96002.
6. Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Littérature, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, nº de catalogue 89-545-F, 1995.
7. OCDE et Développement des ressources humaines Canada, *Aptitudes en littératie pour la société de connaissance : autres résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, 1997.
8. Ross, D.P, K. Scott et M.A. Kelly, « Overview: Children in Canada in the 1990s », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue 89-55-MPF, nº 1, novembre 1996.
9. Willms, J. Douglas, « Indicators of mathematics achievement in Canadian elementary schools », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue 89-55-MPF, nº 1, novembre 1996.
10. Statistique Canada, *Recensement de 1996 : niveau d'instruction*, *Le Quotidien*, 14 avril 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
11. Willms, J. Douglas, *Les capacités de lecture des jeunes Canadiens*, septembre 1997, Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, Statistique Canada, nº de catalogue 89-552-MPF, nº 1.

Figure 5a **Niveau d'instruction le plus élevé, population de 15 ans ou plus, Canada, 1971–1996**



Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96002.

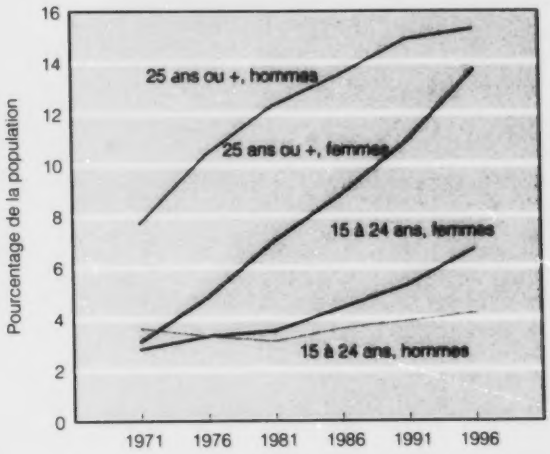
Figure 5b. **Maturité scolaire, selon l'instruction des parents*, population des 4-5 ans, Canada, 1994–95**



* Niveau d'instruction du parent le plus scolarisé.

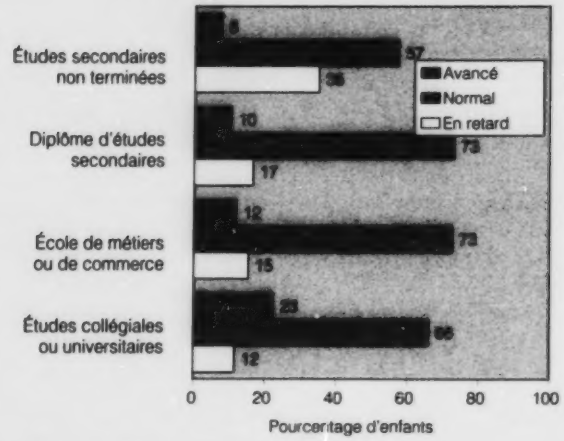
Source: Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa : Statistique Canada, novembre 1996, n° de catalogue 89-55-MPF, n°1.

Figure 5c. **Obtention d'un diplôme universitaire, selon l'âge et le sexe, population de 15 ans ou +, Canada, 1971 à 1996**



Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0028XDB96002.

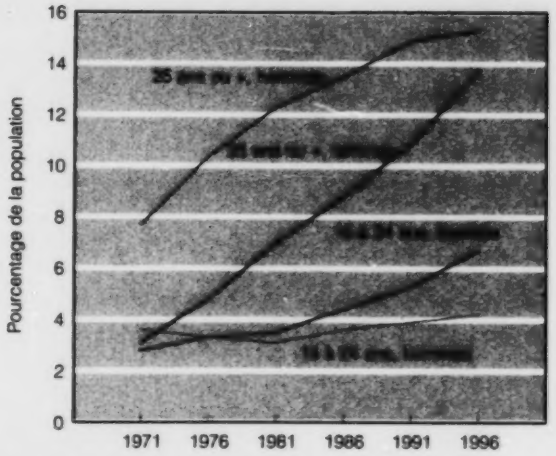
Figure 5b. **Maturité scolaire, selon l'instruction des parents*, population des 4-5 ans, Canada, 1994–95**



* Niveau d'instruction du parent le plus scolarisé.

Source: Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa : Statistique Canada, novembre 1996, nº de catalogue 89-55-MPF, nº1.

Figure 5c. **Obtention d'un diplôme universitaire, selon l'âge et le sexe, population de 15 ans ou +, Canada, 1971 à 1996**



Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96002.

Tableau 5a. **Niveau d'instruction selon l'âge, le sexe et la province/territoire, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estime de population	Études secondaires non terminées	Diplôme d'études secondaires	Quelques études collégiales	Diplôme d'études collégiales	Diplôme d'études universitaires
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**22 629**	**35**	**14**	**11**	**25**	**16**
Hommes	11 022	35	13	11	25	16
Femmes	11 606	35	16	11	24	15
Total, 15 à 19 ans	1 956	69	16	12	3	<1
Hommes	1 008	71	15	11	3	<1
Femmes	948	66	16	14	4	<1
Total, 20 à 24 ans	1 893	19	15	29	24	13
Hommes	947	22	17	29	22	11
Femmes	946	16	13	29	27	16
Total, 25 à 34 ans	4 481	19	14	12	33	22
Hommes	2 209	21	14	12	32	21
Femmes	2 272	17	15	12	33	23
Total, 35 à 44 ans	4 843	22	17	10	31	20
Hommes	2 386	24	14	10	33	20
Femmes	2 457	21	19	10	30	19
Total, 45 à 54 ans	3 698	29	15	11	28	17
Hommes	1 837	28	13	10	30	20
Femmes	1 861	30	18	12	26	14
Total, 55à 64 ans	2 478	47	12	9	22	10
Hommes	1 217	45	10	8	25	13
Femmes	1 261	50	14	10	19	7
Total, 65 ans ou +	3 280	62	10	6	15	8
Hommes	1 417	59	8	5	17	11
Femmes	1 862	63	12	6	13	6
Terre-Neuve	437	45	10	9	26	10
Île-du-Prince-Édouard	104	42	10	10	26	13
Nouvelle-Écosse	720	39	10	9	27	15
Nouveau-Brunswick	585	40	15	10	24	12
Québec	5 673	36	18	9	23	15
Ontario	8 429	33	15	11	24	17
Manitoba	856	41	11	11	23	14
Saskatchewan	748	43	11	11	23	13
Alberta	2 055	34	12	12	27	15
British Columbia	2 955	31	13	13	27	16
Yukon	23	28	8	14	33	17
Territoires du Nord-Ouest	43	42	7	12	27	12

[a] Englobe les personnes qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires ou collégiales, mais qui n'ont achevé qu'un certain niveau d'études collégiales ou universitaires, ou de formation d'école de métiers.

Sources: Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales, du logement et des familles; Également, Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96001.

Tableau 5b **Littératie de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif, selon le pays, population de 16 à 65 ans, 1994-1995**

	Niveau 1 (le plus faible)	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4/5 (le plus élevé)
	(%)	(%)	(%)	(%)
Textes suivis				
Australie	17	27	37	19
Belgique (Flandre)	18	28	39	14
Canada	**17**	**26**	**35**	**23**
Allemagne	14	34	38	13
Irlande	23	30	34	14
Pays-Bas	11	30	44	15
Nouvelle-Zélande	18	27	35	19
Suède	8	20	40	32
Suisse (francophone)	18	34	39	10
Royaume-Uni	22	30	31	17
États-Unis	21	26	32	21
Textes schématiques				
Australie	17	28	38	17
Belgique (Flandre)	15	24	43	17
Canada	**18**	**25**	**32**	**25**
Allemagne	9	33	40	19
Irlande	25	32	32	12
Pays-Bas	10	26	44	20
Nouvelle-Zélande	21	29	32	18
Suède	6	19	39	36
Suisse (francophone)	16	29	39	16
Royaume-Uni	23	27	31	19
États-Unis	24	26	31	19
Textes au contenu quantitatif				
Australie	17	27	38	19
Belgique (Flandre)	17	23	38	23
Canada	**17**	**26**	**35**	**22**
Allemagne	7	27	43	24
Irlande	25	28	31	16
Pays-Bas	10	26	44	20
Nouvelle-Zélande	20	29	33	17
Suède	7	19	39	36
Suisse (francophone)	13	25	42	20
Royaume-Uni	23	28	30	19
États-Unis	21	25	31	23

Source: Organisation de coopération et de développement économiques et Développement des ressources humaines Canada, *Aptitudes en littératie pour la société de connaissance : autres résultats de l'enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, 1997.

6

Faible revenu

Introduction

Le revenu constitue un important outil de mesure de la situation socioéconomique. Il existe une forte corrélation entre le revenu, d'autres déterminants de la santé et l'état de santé. Par exemple, les Canadiennes et les Canadiens les plus pauvres sont cinq fois plus susceptibles que ceux qui appartiennent aux groupes les plus riches de faire état d'une santé moyenne ou mauvaise (sujet 53), deux fois plus susceptibles de connaître une limitation de leurs activités à long terme (sujet 58), et trois fois moins susceptibles d'avoir une assurance-soins dentaires (sujet 21).

Le présent chapitre traite de la prévalence du faible revenu, du revenu familial moyen et de la répartition des dépenses du ménage, et examine les niveaux de revenu des Canadiens en 1995 et avant. Les deux principales sources d'information sont *l'Enquête sur les finances des consommateurs*[1] et le recensement de 1996[2].

Proportion des personnes et des familles à faible revenu

Selon le recensement de 1996, environ 16 p. 100 des *familles* économiques (ou 1,3 million) se situaient sous le seuil de faible revenu en 1995 (tableau 6a)[2]. De même, environ 20 p. 100 des *personnes* (un peu plus de 5,5 millions) (tableau 6b)[3] se situaient sous le seuil de faible revenu, d'après la définition de Statistique Canada.

Entre 1980 et 1996, la proportion des personnes à faible revenu a considérablement fluctué au Canada (figure 6a)[1]. Dans tous les groupes d'âge, cette proportion était de 16 p. 100 en 1980, mais elle a atteint un sommet de 19 p. 100 en 1983 et 1984. Cette tendance s'est inversée au milieu des années 1980 et, en 1989, le pourcentage des personnes à faible revenu avait chuté à 14 p. 100. Depuis, il est monté à plus de 18 p. 100, ce qui correspond presque aux niveaux enregistrés au milieu des années 1980.

La pauvreté des enfants a suivi la même courbe, quoique les changements observés aient souvent été plus prononcés (figure 6a). Le nombre d'enfants pauvres âgés de moins de 18 ans s'est considérablement accru durant les années 1990, et en 1996, 21 p. 100 d'entre eux se situaient sous le seuil de faible revenu[2].

Chez les Canadiens âgés, on constate la tendance contraire. En effet, après le sommet de 34 p. 100 atteint en 1980, seulement 21 p. 100 des personnes âgées étaient pauvres en 1992 [2]. Cette tendance s'est légèrement inversée en 1993, puis a repris en 1994-1995 (19 p. 100), mais le pourcentage des personnes âgées à faible revenu s'est de nouveau retrouvé à 21 p. 100 en 1996, soit le même pourcentage observé chez les enfants, ce qui constitue une première.

De 1978 à 1980, on a constaté une faible hausse du revenu familial moyen des Canadiens (en dollars constants de 1996) (figure 6b)[1,4]. Entre 1980 et 1984, le revenu familial moyen n'a cessé de baisser, jusqu'au plancher de 1984[2]. Puis les revenus moyens ont monté en flèche de 1984 à 1989, et ont atteint un plafond de 58 910 $ en 1989. De 1989 à 1993, les revenus des familles ont grandement diminué en dollars constants, puis ont légèrement augmenté en 1994 et en 1996, où ils s'établissaient à 56 629 $.

En 1996, la majorité des dépenses du ménage consistaient en impôts (22 p. 100) et en produits de première nécessité comme le logement (17 p. 100), la nourriture (12 p. 100) et le transport (12 p. 100) (figure 6c)[5]. Ensemble, ces quatre postes représentaient presque les deux tiers des dépenses du ménage canadien moyen en 1996.

Chez les quelque 21 millions de soutiens économiques au Canada en 1995, le revenu total moyen s'établissait à 25 196 $, une baisse de 6 p. 100

par rapport à 1990[6]. En 1995, chez les 15 millions de *personnes occupées* au Canada, le revenu moyen était de 26 474 $, en baisse de 3 p. 100 par rapport à 1990[2]. Les baisses les plus marquées du revenu moyen ont été enregistrées chez les Canadiens de 20 à 24 ans, dont le revenu a diminué du quart entre 1990 et 1995, ainsi que chez les jeunes de 15 à 19 ans (18 p. 100) et de 25 à 34 ans (10 p. 100) (tableau 6c)[6,7]. Seuls les soutiens économiques âgés de 70 ans et plus n'ont connu presque aucun changement de revenu total moyen (en dollars constants) durant cette période.

Bien qu'il y ait eu des fluctuations dans la prévalence du faible revenu (figure 6a) et du revenu moyen (figure 6b) au cours des 15 dernières années, les tendances dans l'écart des revenus ont été plus constantes. Les revenus des 10 p. 100 des familles les plus riches avec enfants se sont accrus de 14 p. 100 de 1981 à 1996 alors que les revenus des 10 p. 100 des familles les plus pauvres, ont chuté de 5 p. 100 durant cette période (figure 6d)[8]. En 1973 le revenu moyen des 10 p. 100 des familles les plus riches avec enfants était 8,5 fois celui des 10 p. 100 des familles les plus pauvres; en 1996, ce rapport s'est accru à 10,2[8].

D'autres analyses ne suggèrent aucun changement dans l'écart de revenu entre 1985 et 1995[9], ce qui illustre la susceptibilité de telles analyses selon les périodes étudiées et les définitions utilisées.

Différences entre les groupes

En 1996, les personnes âgées et les enfants étaient les plus susceptibles d'être classés dans la catégorie des personnes à faible revenu (figure 6a)[1], à l'exception toutefois des personnes âgées qui vivaient au sein d'une *famille*. En 1996, ces dernières étaient les moins susceptibles d'avoir un faible revenu (8 p. 100), comparativement aux enfants de moins de 18 ans qui, eux, étaient les plus susceptibles d'appartenir à cette catégorie (21 p. 100)[1]. Les Canadiens âgés vivant seuls étaient de loin les plus susceptibles de vivre sous le seuil de faible revenu[2], car la moitié d'entre eux déclaraient un faible revenu [2]. En 1995, les personnes vivant seules étaient presque deux fois et demie plus susceptibles d'avoir un faible revenu que les personnes vivant au sein d'une famille économique (tableau 6a). Comparée à celle d'autres familles économiques, la situation des parents uniques ressemblait à celle des personnes vivant seules; en fait, près de la moitié des femmes monoparentales (soit 400 000 familles) étaient sous le seuil de faible revenu [2].

On note des différences chez les personnes à faible revenu selon le groupe d'âge et le sexe. En général, les hommes étaient moins susceptibles que les femmes d'avoir un faible revenu en 1990 et en 1995 (tableau 6b). Dans les deux années de recensement, les femmes de 18 à 24 ans et de plus de 70 ans présentaient l'incidence de faible revenu la plus élevée, laquelle était encore plus marquée chez les enfants de moins de 14 ans, les personnes de 18 à 24 ans ainsi que les personnes de plus de 70 ans. La seule baisse à ce chapitre entre les deux sondages a été enregistrée chez les personnes de plus de 70 ans, à l'opposé de tous les autres groupes d'âge, où la hausse de l'incidence de faible revenu varie de 6 p.100 à 40 p. 100, les plus fortes hausses ayant été enregistrées chez les personnes de moins de 45 ans.

On remarque d'importants écarts entre les provinces en ce qui a trait au faible revenu (tableau 6b). En 1995, c'est au Québec que l'on trouvait la proportion la plus élevée de personnes à faible revenu (23 p. 100)[7]. Suivaient Terre-Neuve et le Manitoba (21 p. 100 dans les deux cas). Les autres provinces étaient sous la moyenne nationale de 20 p. 100. C'est l'Île-du-Prince- Édouard qui présentait le taux le plus faible (15 p. 100), suivie de l'Ontario (18 p. 100). La répartition des personnes à faible revenu correspond toutefois peu au *revenu provincial moyen* (le recensement de 1996 ne présente pas de données sur la *répartition* du revenu).

Presque toutes les provinces ont enregistré une hausse du nombre de personnes à faible revenu entre 1990 et 1995. Au Canada, l'augmentation a été de 29 p. 100 durant cette période (tableau 6b). En fait, comparativement à 1990, la Colombie-Britannique comptait 42 p. 100 de plus de personnes à faible revenu en 1995, et l'Ontario, 41 p. 100 de plus. Seule la Saskatchewan n'a pas enregistré de hausse appréciable à ce chapitre durant cette période, suivie de l'Alberta (augmentation de 13 p. 100)[3].

En 1995, 44 p. 100 de la population autochtone (qui ne vivait ni dans les réserves, ni au Yukon, ni dans les Territoires du Nord-Ouest) se trouvait sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada, comparativement à la moyenne nationale de 20 p. 100[2]. En 1995, trois enfants autochtones sur cinq de moins de six ans appartenaient à des familles à faible revenu, contre la moyenne nationale de un sur quatre. Chez les enfants autochtones de 6 à 14 ans, le taux de faible revenu était de 48 p. 100, soit plus du double du taux national de 22 p. 100.

Selon le recensement de 1996, le revenu familial moyen s'établissait à 54 583 $ en 1995, une baisse de 4,8 p. 100 par rapport à 1990 (en dollars constants de 1995)[5]. En 1995, le revenu moyen de la famille époux-épouse se chiffrait à 58 763 $. Quand l'époux et l'épouse touchaient un revenu, le revenu moyen total était de 65 561 $. Quand l'époux était le seul soutien économique, ce revenu se chiffrait à 47 993 $, et quand c'était l'épouse, à 39 211 $. Cela contraste avec le revenu des familles monoparentales ayant un chef masculin (40 974 $) et féminin (27 721 $). En 1995, le revenu des 29 000 familles monoparentales ayant un chef masculin sans salaire n'était que de 15 008 $, et des 278 000 familles monoparentales ayant un chef féminin sans salaire, de 12 765 $. Cela illustre clairement les écarts importants selon les structures familiales, et même au sein de celles-ci. On observe peu de changements chez les *personnes seules* à ce chapitre, entre 1980 et 1996[1]. Le plancher de 23 369 $ en 1980 (en dollars de 1996) a été suivi d'une hausse modeste, puis d'une baisse en 1983. La situation s'est constamment améliorée par la suite, jusqu'au plafond de 25 845 $, en 1990. Depuis, le revenu moyen a régressé lentement, et s'est stabilisé à 24 433 $, soit le niveau de 1996[1].

Ces chiffres suggèrent des disparités entre les sexes. En 1995, les hommes gagnaient en général 62 p. 100 de plus que les femmes (31 117 $ contre 19 208 $)[3]. L'écart le plus important était entre les femmes et les hommes de 55 à 64 ans; en effet, ceux-ci gagnaient presque le double de leurs consoeurs. En fait, en 1995, les hommes de 25 ans et plus gagnaient de 41 p. 100 à 97 p. 100 de plus que leurs consoeurs (tableau 6c).

On note des changements intéressants en ce qui concerne le revenu selon le sexe, de 1990 à 1995. Durant cette période, le revenu des hommes a baissé de près de 8 p. 100, contre seulement 2 p. 100 de celui des femmes (tableau 6c). Un seul sous-groupe, soit les femmes de 45 à 54 ans, a vu son revenu augmenter (2 p. 100) durant cette période. Les femmes et les hommes de 20 à 24 ans ont vu leur revenu diminuer du quart, la baisse la plus importante de tous les groupes d'âge, surtout attribuable à la baisse de l'emploi (sujet 7).

Du point de vue provincial-territorial, c'est dans les territoires qu'on trouvait, en 1995, le revenu moyen le plus élevé (environ 29 000 $) (tableau 6c)[6]. Quant aux provinces, les Ontariens avaient les revenus les plus élevés (27 309 $), suivis des Britanno-Colombiens et des Albertains (26 295 $ et 26 138 $ respectivement). C'est dans ces trois provinces que l'on trouvait aussi les niveaux d'instruction les plus élevés (voir le sujet 5). Les habitants de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard avaient les revenus familiaux les plus faibles, soit près de 20 000 $. Entre 1990 et 1995, le revenu a baissé dans toutes les provinces et territoires. La plus forte diminution a été enregistrée au Québec (7 p. 100), puis en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve. Les baisses les plus faibles ont été enregistrées dans les deux territoires et en Saskatchewan.

En 1995, le revenu d'*emploi* moyen des Autochtones s'établissait à 17 382 $, soit 34 p. 100 sous la moyenne nationale de 26 474 $[5]. Chez les Autochtones, le travail saisonnier ou à temps partiel dominait. En 1995, un peu plus du tiers des Autochtones ont déclaré un revenu d'emploi à temps plein en année complète, comparativement à la moitié de la population totale. Cependant, le revenu d'emploi moyen des Autochtones était considérablement inférieur à la moyenne nationale, qu'il s'agisse ou non d'emploi à temps plein en année complète. Le revenu moyen tiré d'un emploi à temps plein en année complète des travailleurs autochtones était de 29 684 $, soit 21 p. 100 de moins que la moyenne nationale, et celui d'autres soutiens économiques, de 10 866 $, soit 29 p. 100 de moins. Comparé à la moyenne nationale, le revenu moyen des Autochtones était inférieur dans chaque catégorie d'âge et de niveau d'instruction. Dans l'ensemble, ces écarts de régime de travail, d'âge et de niveau d'instruction représentaient environ les trois cinquièmes des différences entre le revenu moyen des Autochtones et la moyenne nationale à ce chapitre.

Définitions et méthodes

Les données des tableaux et la plupart des références aux données de 1995 proviennent du recensement de 1996[2]. On a posé des questions sur le revenu total individuel de 1995 à un ménage sur cinq du recensement. L'information présentée aux figures 6a et 6b de même que certaines données de 1996 proviennent de l'*Enquête sur les finances des consommateurs* (EFC), menée chaque année depuis 1971[1]. L'enquête sur le revenu de 1996 a été effectuée en avril 1997, dans le cadre de l'*Enquête sur la population active*, menée chaque mois. Étant donné que les estimations du présent rapport s'appuient sur une enquête par sondage, celles-ci sont sujettes à la variabilité d'échantillonnage, en plus des erreurs de

réponse et des erreurs dues à l'absence de réponse. Si les chiffres liés à certaines années diffèrent des données de l'année du recensement, les termes et définitions utilisés dans l'EFC correspondent à ceux du recensement.

L'expression « faible revenu » s'applique aux familles économiques et aux personnes seules dont le revenu total est inférieur aux seuils de faible revenu de Statistique Canada (1992 comme année de référence)[2]. Ces seuils ont été retenus selon le principe que les familles et les personnes seules dont le revenu y est inférieur consacrent habituellement plus de 54,7 p. 100 de leur revenu à la nourriture, au logement et à l'habillement; on considère alors qu'ils vivent dans la pauvreté[2]. Les seuils de faible revenu sont très différents des mesures de la pauvreté, et Statistique Canada n'approuve pas leur usage à cette fin.

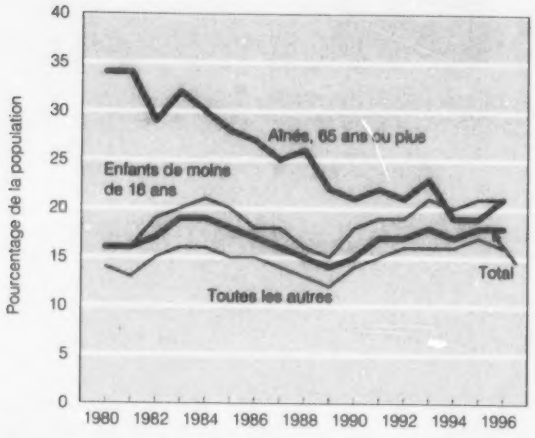
La notion de « famille économique » sert à établir des seuils de faible revenu, plutôt que des familles de recensement[2]. La famille économique comprend toutes les personnes qui vivent au sein d'un ménage et qui sont liées par le sang, le mariage, l'union de fait ou l'adoption. Les personnes seules désignent les individus de 15 ans et plus qui vivent seuls ou au sein d'un ménage et qui ne sont liées à aucun membre de celui-ci. Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et la population autochtone dans les réserves ont été exclus du calcul des seuils de faible revenu.

Comme on l'a mentionné, les données sur les Autochtones à faible revenu n'incluent pas les 36 p. 100 d'Autochtones qui vivent dans les réserves, au Yukon ou dans les Territoires du Nord-Ouest. Étant donné que les Autochtones vivant dans des réserves ont généralement des revenus encore moindres, leur inclusion augmenterait vraisemblablement la prévalence du faible revenu dans la population autochtone[2]. L'enquête de Statistique Canada servant à déterminer les seuils de faible revenu exclut ces domaines.

Ouvrages de référence

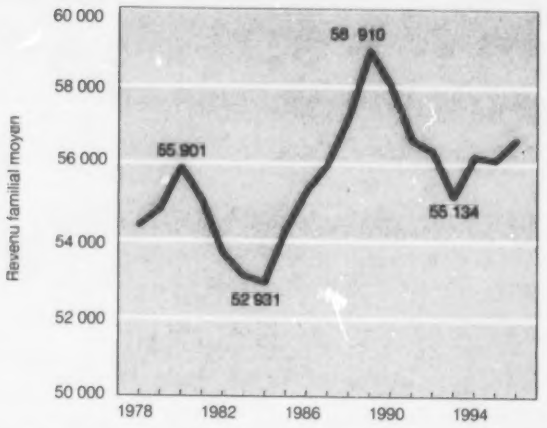
1. Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996*, n° de catalogue 13-207.
2. Statistique Canada, Recensement de 1996: sources de revenu, *Le Quotidien*, 12 mai 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Statistique Canada, Recensement de 1996: sources de revenu, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0029XDB96010.
4. Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996, *Le Quotidien*, 22 décembre 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
5. Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *Enquête sur les dépenses des familles, 1996*, n° de catalogue 62-555-XPB.
6. Statistique Canada, Recensement de 1996 – Sources de revenu, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0029XDB96001.
7. Statistique Canada, Recensement de 1996 – Sources de revenu, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0029XDB9600[illegible].
8. Yalnizyan A., *The Growing Gap*, Toronto: Centre for Social Justice, 1998.
9. Wolfson M., et B. Murphy, New views on inequality trends in Canada and the United States, *Monthly Labour Review*, April 1998, p. 2 à 23.

Figure 6a. **Personnes à faible revenu, selon l'âge, Canada, 1980–1996**



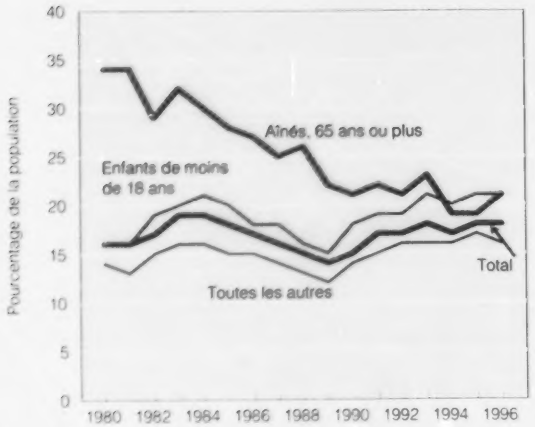
Source: Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille*, 1996, nº de catalogue 13-207.

Figure 6b. **Revenu familial moyen en dollars constants 1996, Canada, 1978–1996**



Sources: Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996*, nº de catalogue 13-207; Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996, *Le Quotidien*, 22 décembre 1997, nº de catalogue 11-001-XIF.

Figure 6a **Personnes à faible revenu, selon l'âge, Canada, 1980–1996**

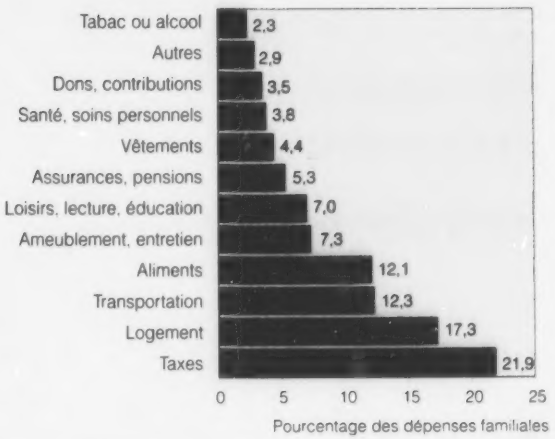


Source: Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille*, 1996, n° de catalogue 13-207.

Figure 6b **Revenu familial moyen en dollars constants 1996, Canada, 1978–1996**

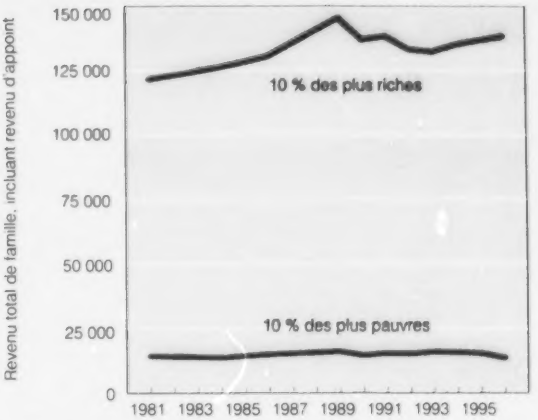
Sources: Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996*, n° de catalogue 13-207; Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996, *Le Quotidien*, 22 décembre 1997, n° de catalogue 11-001-XIF.

Figure 6c. **Répartition des dépenses familiales, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Dépenses des familles au Canada, 1996*, n° de catalogue 62-555-XPB.

Figure 6d. **Disparité de revenu chez les familles avec enfants de moins de 18 ans, en dollars 1996, Canada, 1981–1996**



Source: Yalnizyan A., *The Growing Gap*, Toronto : Centre for Social Justice, 1998 (basé sur des données non publiées de l'*Enquête sur les finances des consommateurs* de Statistique Canada).

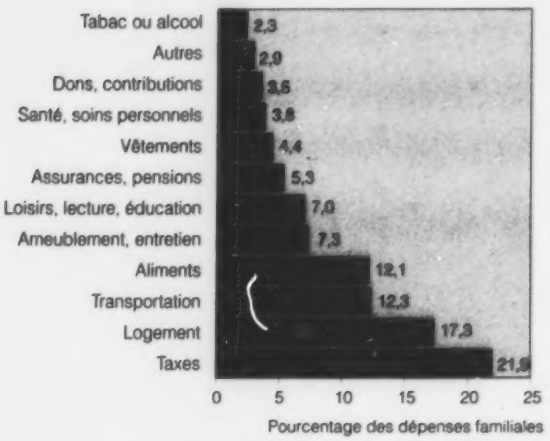
Tableau 6a **Familles à faible revenu, selon la structure familiale, Canada, 1995**

	Faible revenu	Nombre de familles	Revenu moyen	Déficit de revenu
	(%)	(en milliers)	($)	($)[a]
Toutes les familles économiques	**16**	**1 267**	**13 778**	**10 223**
Total, familles de couples mariés	12	760		
Couples mariés seulement	10	253	11 223	7 398
Couples mariés ayant des enfants	13	457	16 199	11 641
Autres couples mariés	13	50	19 960	12 333
Total, familles autres que époux-épouse	40	508		
Familles monoparentales dont le parent est de sexe masculin	24	39	11 612	9 412
Familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin	48	396	12 032	10 165
Autres	25	294	13 884	10 450
Personnes seules	**42**	**1 512**		
Hommes	39	654		
Femmes	45	857		

[a] Le déficit de revenu représente la différence entre le revenu familial et le seuil de faible revenu qui s'applique.

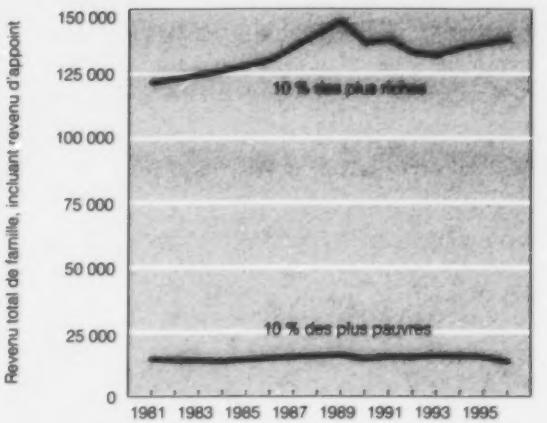
Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : sources de revenu, *Le Quotidien*, 12 mai 1998, n° de catalogue 11-001-XIF.

Figure 6c. **Répartition des dépenses familiales, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Dépenses des familles au Canada, 1996*, nº de catalogue 62-555-XPB.

Figure 6d. **Disparité de revenu chez les familles avec enfants de moins de 18 ans, en dollars 1996, Canada, 1981–1996**



Source: Yalnizyan A., *The Growing Gap*, Toronto : Centre for Social Justice, 1998 (basé sur des données non publiées de l'*Enquête sur les finances des consommateurs* de Statistique Canada).

Tableau 6a. **Familles à faible revenu, selon la structure familiale, Canada, 1995**

	Faible revenu	Nombre de familles	Revenu moyen	Déficit de revenu
	(%)	(en milliers)	($)	($)*
Toutes les familles économiques	**16**	**1 267**	**13 778**	**10 223**
Total, familles de couples mariés	12	760		
Couples mariés seulement	10	253	11 223	7 398
Couples mariés ayant des enfants	13	457	16 199	11 641
Autres couples mariés	13	50	19 960	12 333
Total, familles autres que époux-épouse	40	508		
Familles monoparentales dont le parent est de sexe masculin	24	39	11 612	9 412
Familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin	48	396	12 032	10 165
Autres	25	294	13 884	10 450
Personnes seules	**42**	**1 512**		
Hommes	39	654		
Femmes	45	857		

* Le déficit de revenu représente la différence entre le revenu familial et le seuil de faible revenu qui s'applique.

Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : sources de revenu, *Le Quotidien*, 12 mai 1998, nº de catalogue 11-001-XIF.

Tableau 6b. **Personnes à faible revenu[a], selon l'âge, le sexe et la province/territoire, Canada, 1990 et 1995**

	Faible revenu	Nombre de personnes	Faible revenu	Nombre de personnes
	(%)	(en milliers)	(%)	(en milliers)
Total, tous les âges	**16**	**4 289**	**20**	**5 514**
Hommes	15	1 896	18	2 499
Femmes	18	2 393	21	3 015
Total, moins de 6 ans	20	447	26	583
Hommes	20	229	26	297
Femmes	20	219	26	286
Total, 6 à 14 ans	17	576	22	762
Hommes	17	295	22	391
Femmes	17	282	22	370
Total, 15 à 17 ans	17	180	20	229
Hommes	16	90	19	115
Femmes	17	91	20	114
Total, 18 à 24 ans	21	549	26	675
Hommes	18	242	23	303
Femmes	24	306	29	372
Total, 25 à 34 ans	15	729	20	895
Hommes	14	319	19	402
Femmes	17	410	22	493
Total, 35 à 44 ans	12	528	17	795
Hommes	11	238	16	366
Femmes	13	290	18	429
Total, 45 à 54 ans	11	323	14	511
Hommes	10	147	13	240
Femmes	12	175	15	271
Total, 55 à 64 ans	16	372	18	440
Hommes	14	161	17	199
Femmes	18	211	19	242
Total, 65 à 69 ans	16	169	17	183
Hommes	14	66	15	76
Femmes	19	104	19	107
Total, 70 ans et +	23	415	21	441
Hommes	14	110	12	109
Femmes	29	306	26	332
Terre-Neuve	18	98	21	116
Île-du-Prince-Édouard	14	17	15	20
Nouvelle-Écosse	16	136	19	167
Nouveau-Brunswick	17	119	19	137
Québec	19	1 305	23	1 631
Ontario	13	1 323	18	1 869
Manitoba	19	198	21	213
Saskatchewan	18	170	18	170
Alberta	17	425	18	482
Colombie-Britannique	16	498	20	708

[a] À l'exclusion de la population des réserves indiennes du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Sources: Statistique Canada, Recensement de 1996 : sources de revenu, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0029XDB96010 ; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et les ménages.

Tableau 6c **Revenu individuel moyen, selon l'âge, le sexe, la province/territoire, population de 15 ans et plus, Canada, 1990 et 1995**

	1990		1995	
	Revenu moyen	Soutiens économiques	Revenu moyen	Soutiens économiques
	($)	(en milliers)	($)	(en milliers)
Total, 15 ans ou +	**26 805**	**19 425**	**25 196**	**20 917**
Hommes	33 733	9 882	31 117	10 517
Femmes	19 630	9 542	19 208	10 400
Total, 15 à 19 ans	4 981	1 194	4 092	1 127
Hommes	5 370	621	4 350	584
Femmes	4 561	573	3 813	543
Total, 20 à 24 ans	14 628	1 829	11 142	1 808
Hommes	16 326	931	12 433	916
Femmes	12 869	899	9 815	892
Total, 25 à 34 ans	27 145	4 521	24 398	4 280
Hommes	32 464	2 347	28 435	2 192
Femmes	21 404	2 174	20 161	2 088
Total, 35 à 44 ans	34 490	4 086	31 756	4 611
Hommes	43 375	2 128	38 935	2 371
Femmes	30 835	1 958	24 157	2 240
Total, 45 à 54 ans	35 951	2 737	34 176	3 501
Hommes	46 199	1 461	42 787	1 828
Femmes	24 215	1 276	24 772	1 673
Total, 55 à 64 ans	29 525	2 149	27 223	2 324
Hommes	39 026	1 143	35 628	1 211
Femmes	18 736	1 006	18 078	1 113
Total, 65 à 69 ans	23 066	1 042	22 083	1 086
Hommes	30 686	481	28 540	520
Femmes	16 544	562	16 157	566
Total, 70 ans et +	20 599	1 867	20 420	2 180
Hommes	25 288	772	25 140	895
Femmes	17 294	1 095	17 130	1 284
Terre-Neuve	20 961	374	19 710	387
Île-du-Prince-Édouard	21 334	92	20 527	99
Nouvelle-Écosse	23 283	632	21 552	662
Nouveau-Brunswick	22 143	503	20 755	539
Québec	25 007	4 844	23 198	5 158
Ontario	29 278	7 300	27 309	7 823
Manitoba	23 597	778	22 667	806
Saskatchewan	23 048	687	22 541	707
Alberta	27 283	1 778	26 138	1 921
Colombie-Britannique	27 641	2 381	26 295	2 752
Yukon	29 934	20	29 079	22
Territoires du Nord-Ouest	29 559	35	29 011	40

Sources: Statistique Canada, Recensement de 1996 : sources de revenu, série *Le Pays*, nos de catalogue 93F0029XDB96001 et 93F0029XDB96002.

7

Emploi et travail non rémunéré

Introduction

Les taux d'emploi et de chômage servent à mesurer la santé de l'économie nationale. Les chômeurs ont une part disproportionnée de problèmes de santé, y compris la dépression, d'autres formes de morbidité et une espérance de vie réduite[1]. La participation à l'économie salariale n'est cependant qu'un élément, et le présent chapitre souligne également les travaux ménagers sans rémunération des Canadiennes et des Canadiens.

Emploi et chômage en 1997

En 1997, 65 p. 100 des Canadiens âgés de 15 ans et plus faisaient partie de la population active, c'est-à-dire qu'ils travaillaient ou qu'ils étaient activement à la recherche d'un emploi. Parmi ceux-ci, le taux de chômage était de 9,2 p. 100. Ainsi, le Canada comptait 15,4 millions de travailleuses et de travailleurs, dont 1,4 million étaient sans emploi (tableau 7a)[2].

De 1970 à 1997, la population active s'est considérablement accrue, passant de 8,3 millions à 15,4 millions de personnes. On a observé des hausses presque chaque année (figure 7a)[2], malgré l'accroissement du nombre de personnes ne comptant pas parmi la population active, de 6,8 millions en 1989 à 8,3 millions en 1997. Le taux de chômage a fluctué, mais il a été généralement à la hausse depuis le début des années 1970, époque où il n'était que de 6 p. 100. Le chômage a augmenté dans la deuxième moitié des années 1970, et a atteint un plafond de 11,8 p. 100 (1,4 million de personnes) en 1983. Il a commencé à régresser vers la fin des années 1980, sans toutefois jamais retrouver les faibles taux des années 1970. Durant la récession du début des années 1990, le taux de chômage a monté en flèche au Canada (11,2 p. 100 en 1992). Il a cependant baissé lentement depuis, et s'est retrouvé à 9,2 p. 100 en 1997[2]. Il a continué de diminuer en 1998[3].

Travail non rémunéré

En 1996, 89 p. 100 des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont effectué des travaux ménagers ou d'entretien sans rémunération durant la semaine ayant précédé le recensement, pour le compte de membres de leur ménage ou d'autres. Environ 5 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ont consacré 60 heures ou plus aux travaux ménagers sans rémunération durant la semaine ayant précédé le recensement (tableau 7b)[4].

Différences entre les groupes

Entre 1970 et 1997, des changements importants sont survenus relativement aux taux de participation des femmes au marché du travail (figure 7b)[5]. On a enregistré une hausse importante, de 36 p. 100 en 1970 à 59 p. 100 en 1992, puis une stabilisation à 57 p. 100, depuis 1995. La hausse globale du nombre de femmes sur le marché du travail a une incidence sur la santé ; en effet, si les femmes joignent le marché de l'emploi à un rythme sans précédent, elles doivent souvent aussi continuer d'élever les enfants et de s'occuper de personnes âgées (sujets 32 et 33). Fait important à souligner, le taux de participation des hommes au marché du travail, qui s'est toujours accru ou a été stable, a commencé à régresser, passant de 78 p. 100 en 1981 à 73 p. 100 en 1997[2].

On continue de compter un taux de participation au marché du travail nettement plus élevé chez les hommes que les chez femmes (tableau 7a). Cela est vrai pour tous les groupes d'âge, à l'exception des personnes de 15 à 17 ans, où le taux de participation est presque égal. L'écart le plus marqué entre les sexes se trouve en 1997, chez les personnes de 55 à 64 ans, où la participation des hommes se chiffre à 58 p. 100, et celle des femmes, à seulement 34p. 100. On constate que le taux de participation est le plus faible chez les plus jeunes et les aînés, ce qui n'est pas

étonnant étant donné que les premiers sont peut-être encore aux études, et que les seconds sont à la retraite.

Les taux de chômage sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans le groupe des personnes âgées de moins de 25 ans, à peu près égaux entre les deux sexes chez les personnes de 25 à 44 ans, et légèrement plus élevés chez les femmes de 45 ans et plus. L'écart le plus important dans le chômage est entre les hommes et les femmes de 15 à 19 ans (2,4 p. 100).

Le chômage est le plus élevé chez les jeunes de 15 à 17 ans (25,5 p. 100), de 18 et 19 ans (18,4 p. 100) et de 20 à 24 ans (13,6 p.100), et le plus faible chez les personnes de 65 ans et plus (3,1 p. 100). La hausse du chômage des dernières années observée chez les jeunes préoccupe grandement nombre d'organisations sociales et d'organismes publics.

Les taux de participation au marché du travail augmentent et le chômage diminue lorsque s'élève le niveau d'instruction (tableau 7a). Les personnes ayant terminé leurs études secondaires font exception à cette règle. Elles sont en effet moins susceptibles d'être au chômage et plus susceptibles d'être sur le marché du travail que celles qui ont fait certaines études postsecondaires.

C'est au Québec et dans les provinces situées à l'est que le chômage est le plus élevé et que la participation au marché du travail est la plus faible au pays. L'Île-du-Prince-Édouard a le plus bas taux de participation au travail du pays. Terre-Neuve affiche le taux de participation le plus faible (52,5 p. 100) et le taux de chômage le plus élevé (18,8 p. 100) au pays. L'Ontario et les provinces situées à l'ouest ont en général un taux de chômage inférieur à la moyenne et un taux supérieur de participation au marché du travail. De toutes les provinces, c'est l'Alberta qui enregistre le taux de participation le plus élevé, soit 71,8 p. 100. La Colombie-Britannique affiche le taux de chômage le plus élevé des provinces de l'Ouest, soit seulement 0,5 point de pourcentage sous la moyenne nationale. À l'instar de la moyenne nationale, le taux de participation des hommes au marché du travail est plus élevé que celui des femmes, dans chaque province. Le taux de chômage est cependant plus élevé chez les hommes que chez les femmes, à l'exception de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta (données non présentées).

En ce qui concerne les écarts selon le sexe, 92 p. 100 des femmes déclarent avoir fait des travaux ménagers sans rémunération durant la semaine ayant précédé le recensement, comparativement à 84 p. 100 des hommes[6]. Un homme sur cinquante et une femme sur treize ont consacré 60 heures ou plus aux travaux ménagers sans rémunération (tableau 7b). Chez les épouses salariées qui travaillent à temps plein (soit 30 heures et plus), environ la moitié ont déclaré avoir consacré 15 heures ou plus à des travaux ménagers sans rémunération, contre environ le quart des époux salariés[7]. Parmi les épouses non salariées, 70 p. 100 déclarent avoir fait 15 heures ou plus de travaux ménagers sans rémunération, contre 36 p. 100 des hommes non salariés. Environ trois épouses sur cinq qui travaillent à temps plein et qui ont au moins un enfant âgé de moins de 15 ans à la maison, ont consacré au moins 15 heures aux travaux ménagers, comparativement à un époux sur quatre dans la même situation. Environ 95 p. 100 des parents seuls (peu importe la situation professionnelle) ont effectué certains travaux ménagers sans rémunération, et 10 p.100 des parents seuls y ont consacré 60 heures ou plus.

On note des différences entre les provinces quant aux travaux ménagers sans rémunération. C'est au Québec et dans les provinces à l'est que l'exécution d'au moins certains travaux ménagers sans rémunération est inférieure à la moyenne nationale, alors que dans le reste du pays, elle se situe dans la moyenne nationale ou est légèrement supérieure à celle-ci. Seuls les Québécois se situent sous la moyenne nationale de 5 p. 100 pour l'exécution de 60 heures ou plus de travaux ménagers sans rémunération. Dans les autres provinces, on se situe entre 1 p. 100 et 5 p. 100 au-dessus de la moyenne nationale. Fait intéressant à noter, bien que les Terre-Neuviens soient les moins susceptibles d'exécuter de travaux ménagers sans rémunération (85 p. 100), ils sont les plus susceptibles d'exécuter 60 heures ou plus de pareils travaux (10 p. 100)[7].

Définitions et méthodes

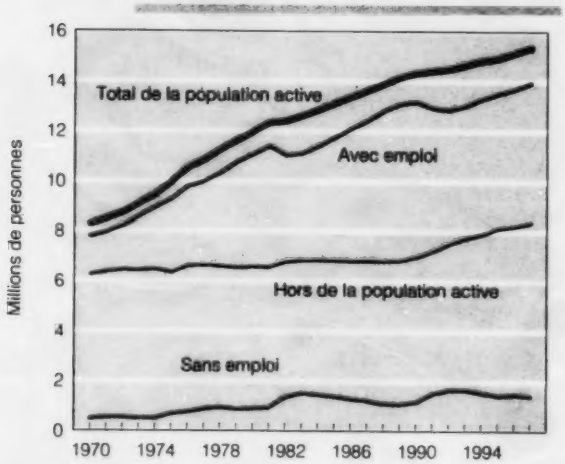
Les taux de chômage n'incluent que les personnes qui déclarent être activement à la recherche d'un emploi. En période de grave récession, les gens ont parfois tendance à se décourager et à se retirer de la population active. Quand l'économie se redresse, le retour massif sur le marché du travail a tendance à faire grimper les taux de chômage. Le chômage est un important indicateur de santé, mais comme il ne tient pas compte des personnes qui ont cessé, par découragement, de chercher un emploi, on risque de sous-estimer ses conséquences économiques sur la santé.

Pour la première fois en 1996, on a posé des questions sur les travaux ménagers sans rémunération qu'exécutaient les Canadiennes et les Canadiens, en plus du travail rémunéré. La question posée était: « La semaine dernière, combien d'heures la personne a-t-elle consacré (...) aux travaux ménagers sans rémunération, aux travaux extérieurs et à l'entretien de la maison, pour le compte des membres de la famille ou d'autrui?» Les exemples incluaient la préparation des repas, la lessive, la planification, les courses et la tonte du gazon.

Ouvrages de référence

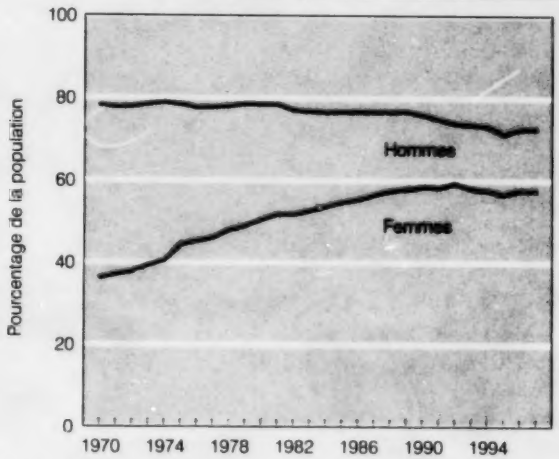
1. Evans R.G., *Why Are Some People Healthy and Some Not?*, Institute for Advanced Research, Program in Population Health, Canadian Working Paper nº 20, Toronto, décembre 1992.
2. Statistique Canada, Division du travail, *Statistiques de la population active 1970-1997*, nº de catalogue 71-201-XPB.
3. Statistique Canada, Statistiques mensuelles sur la population active 1998. *Le Quotidien*, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada, à www.statcan.ca.
4. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Le travail non rémunéré, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96010.
5. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.
6. Statistique Canada, « Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
7. Statistique Canada, « Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré », série *Le Pays*. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Figure 7a. **Population active, population de 15 ans et plus, Canada, 1970–1997**



Source: Statistique Canada, *Statistiques sur la population active*, 1970-1997, no de catalogue 71-201-XPB.

Figure 7b. **Taux de participation à la population active, selon le sexe, population de 15 ans ou plus, Canada, 1970–1997**



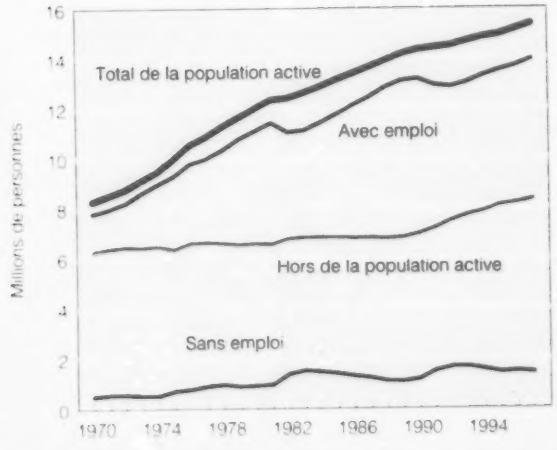
Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB; Statistique Canada ; totalisations spéciales de la Division du travail.

Pour la première fois en 1996, on a posé des questions sur les travaux ménagers sans rémunération qu'exécutaient les Canadiennes et les Canadiens, en plus du travail rémunéré. La question posée était: « La semaine dernière, combien d'heures la personne a-t-elle consacré (...) aux travaux ménagers sans rémunération, aux travaux extérieurs et à l'entretien de la maison, pour le compte des membres de la famille ou d'autrui?» Les exemples incluaient la préparation des repas, la lessive, la planification, les courses et la tonte du gazon.

Ouvrages de référence

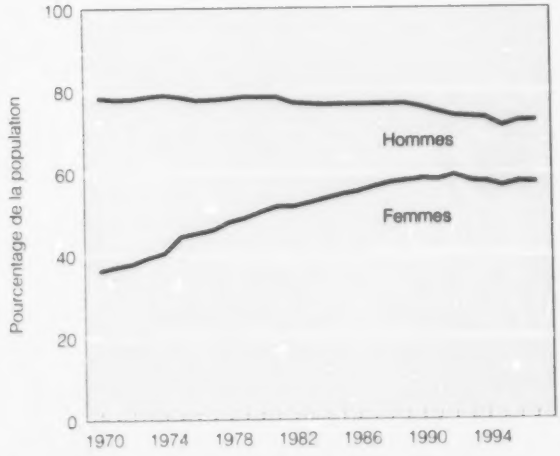
1. Evans R.G., *Why Are Some People Healthy and Some Not?*, Institute for Advanced Research, Program in Population Health, Canadian Working Paper n° 20, Toronto, décembre 1992.
2. Statistique Canada, Division du travail, *Statistiques de la population active 1970-1997*, n° de catalogue 71-201-XPB.
3. Statistique Canada, Statistiques mensuelles sur la population active 1998. *Le Quotidien*, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada, à www.statcan.ca.
4. Statistique Canada, Recensement de 1996 - Le travail non rémunéré, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96010.
5. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.
6. Statistique Canada, « Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
7. Statistique Canada, « Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré », série *Le Pays*. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Figure 7a **Population active, population de 15 ans et plus, Canada, 1970–1997**



Source: Statistique Canada. *Statistiques sur la population active*, 1970-1997. no de catalogue 71-201-XPB.

Figure 7b **Taux de participation à la population active, selon le sexe, population de 15 ans ou plus, Canada, 1970–1997**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB; Statistique Canada ; totalisations spéciales de la Division du travail.

Tableau 7a. **Chômage selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et la province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1997**

	Estime de population	Taux de participation	Population active	Taux de chômage
	(en milliers)	(%)	(en milliers)	(%)
Total, 15 ans ou +	**23 687**	**64,8**	**15 354**	**9,2**
Hommes	11 630	72,5	8 428	9,2
Femmes	12 057	57,4	6 926	9,2
Total, 15 à 17 ans	1 214	36,4	442	25,5
Hommes	617	36,2	223	26,7
Femmes	597	36,7	219	24,3
Total, 18 à 19 ans	769	63,1	485	18,4
Hommes	398	65,4	260	19,5
Femmes	371	60,7	225	17,1
Total, 20 à 24 ans	1 990	75,6	1 504	13,6
Hommes	1 005	79,2	797	14,4
Femmes	984	71,8	707	12,6
Total, 25 à 34 ans	4 663	84,6	3 943	9,1
Hommes	2 336	91,4	2 136	9,4
Femmes	2 326	77,7	1 807	8,7
Total, 35 à 44 ans	5 081	85,7	4 354	7,8
Hommes	2 537	92,6	2 349	7,6
Femmes	2 545	78,8	2 005	8,0
Total, 45 à 54 ans	4 236	79,7	3 376	6,7
Hommes	2 122	88,1	1 868	6,6
Femmes	2 115	71,3	1 507	6,8
Total, 55 à 64 ans	2 803	45,6	1 277	7,5
Hommes	1 377	57,5	791	7,3
Femmes	1 426	34,1	486	7,8
Total, 65 ans ou +	3 484	6,4	223	3,1
Hommes	1 510	10,2	154	2,9
Femmes	1 975	3,5	69	3,5
0 à 8 ans d'études	2 801	26,3	736	15,2
Études secondaires incomplètes	4 485	51,3	2 303	16,0
Diplôme d'études secondaires	4 430	70,4	3 120	8,8
Études postsecondaires incomplètes	2 159	69,4	1 498	10,4
Diplôme postsecondaire	6 480	76,4	4 950	7,5
Diplôme universitaire	3 332	82,5	2 749	4,8
Terre-Neuve	450	52,5	236	18,8
Île-du-Prince-Édouard	107	66,3	71	14,9
Nouvelle-Écosse	742	60,2	447	12,2
Nouveau-Brunswick	603	60,1	362	12,8
Québec	5 926	62,1	3 680	11,4
Ontario	8 979	65,9	5 915	8,5
Manitoba	861	66,9	576	6,6
Saskatchewan	760	66,4	504	6,0
Alberta	2 159	71,8	1 550	6,0
Colombie-Britannique	3 100	64,9	2 012	8,7

Sources: Statistique Canada, *Statistiques chronologiques sur la population active, 1997*, nº de catalogue 71-201-XPB; Statistique Canada, totalisations spéciales fournies par la Division des enquêtes-ménages

Tableau 7b. **Exécution de travaux ménagers sans rémunération, selon l'âge, le sexe, la province/territoire, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estimé de population	Travaux ménagers non rémunérés	
		Certains	60 heures et +
	(en milliers)	(%)	(%)
Total,15 ans ou +	**22 629**	**89**	**5**
Hommes	11 022	84	2
Femmes	11 606	92	8
Total, 15 à 19 ans	1 956	79	1
Hommes	1 008	75	0
Femmes	948	83	1
Total, 20 à 24 ans	1 893	82	2
Hommes	947	76	1
Femmes	946	89	4
Total, 25 à 34 ans	4 481	92	6
Hommes	2 209	87	2
Femmes	2 272	96	10
Total, 35 à 44 ans	4 843	94	6
Hommes	2 386	90	2
Femmes	2 457	97	10
Total, 45 à 54 ans	3 698	92	5
Hommes	1 837	88	2
Femmes	1 861	96	8
Total, 55 à 64 ans	2 478	89	6
Hommes	1 217	84	2
Femmes	1 261	93	8
Total, 65 ans ou +	3 280	82	5
Hommes	1 417	80	3
Femmes	1 862	84	6
Terre-Neuve	437	85	10
Île-du-Prince-Édouard	104	87	5
Nouvelle-Écosse	720	87	6
Nouveau-Brunswick	585	87	6
Québec	5 673	88	4
Ontario	8 429	89	5
Manitoba	856	89	6
Saskatchewan	748	90	7
Alberta	2 055	90	5
Colombie-Britannique	2 955	89	5
Yukon	23	89	6
Territoires du Nord-Ouest	43	88	8

Sources: Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96010 ; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et les ménages

8

Stress chronique

Introduction

À l'exception de la grossesse et des états connexes, les principales causes d'hospitalisation (sujet 77) et de décès (sujet 82) sont liées au stress. Même si les scientifiques n'associent pas directement le stress à de nombreuses maladies, il n'en demeure pas moins que le stress chronique et les événements de la vie peuvent avoir une forte incidence indirecte sur la santé physique et mentale en ayant un effet sur la physiologie et la morphologie du système circulatoire et, par l'action de mécanismes psychoneuro-immunologiques, en influençant le développement du cancer[1].

Le présent chapitre décrit les différences entre les groupes dans la population canadienne en ce qui a trait à leur expérience du stress constant dans leur vie. On s'intéresse plus particulièrement aux relations sociales et à la famille. On aborde le stress professionnel au sujet 9, et les moyens psychologiques utilisés pour gérer le stress au sujet 54.

Prévalence du stress chronique 1994-1995

Afin d'évaluer la quantité *relative* de stress dans la vie des gens, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (1994-1995) posait un maximum de 18 questions, selon l'état civil et la situation familiale du répondant. Pour cette analyse, on a fait une répartition arbitraire des réponses de cette échelle continue en trois catégories, on a obtenu les résultats suivants : 26 p. 100 des répondants ressentaient un niveau élevé de stress chronique, et le reste se répartissait à peu près également entre ceux qui faisaient face à un niveau modéré de stress (38 p. 100) et ceux qui ne présentaient qu'un faible niveau de stress (36 p. 100). Ces pourcentages ne signifient rien en soi, mais les catégories nous permettent d'établir des comparaisons entre les groupes (tableau 8)[2].

Différences entre les groupes

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer un niveau de stress élevé (tableau 8). Cela est vrai pour les femmes de tous les groupes d'âge, à l'exception des groupes les plus jeunes (18-19 ans). En effet, les femmes de 20 à 24 ans sont les plus susceptibles de déclarer un niveau de stress élevé (38 p. 100), par contraste avec les femmes âgées de 75 ans ou plus (10 p. 100). À mesure qu'elles avancent en âge, les personnes des deux sexes sont beaucoup *moins susceptibles* de présenter un niveau de stress élevé, une tendance qui va de pair avec le stress professionnel (sujet 9) et la dépression (sujet 75).

En outre, il est manifeste que la scolarité apporte un précieux avantage: le groupe le moins instruit est deux fois plus susceptible de présenter un niveau de stress élevé que les diplômés universitaires (tableau 8). Plus on est instruit, moins l'on risque de souffrir d'un niveau élevé de stress chronique.

C'est à Terre-Neuve (17 p. 100) et à l'Île-du-Prince-Édouard (20 p. 100) qu'on a déclaré le niveau le plus faible de stress, et au Manitoba, le plus élevé (29 p. 100, probablement parce que 35 p. 100 des Manitobaines ont déclaré un niveau de stress élevé: données non présentées), suivi de l'Ontario (28 p. 100). La plupart des autres provinces se rapprochaient de la moyenne nationale (tableau 8).

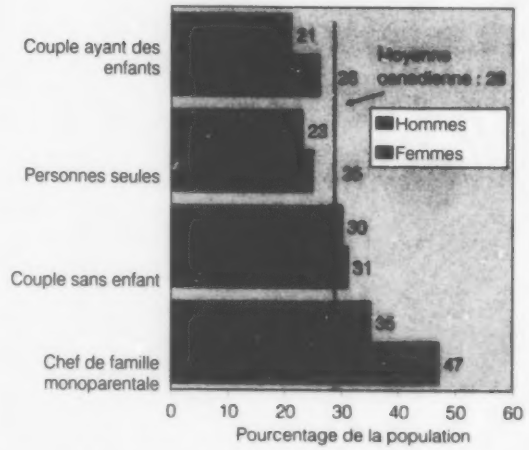
On observe des écarts importants de stress selon les modes de vie (figure 8)[2]. Presque deux fois plus de parents seuls que de conjoints de fait ayant des enfants ou que de personnes seules ont déclaré des niveaux élevés de stress. Presque la moitié (47 p. 100) des femmes monoparentales ont déclaré des niveaux de stress élevés.

Définitions et méthodes

Ces données sont tirées des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada, en juin, en août et en novembre 1994 ainsi qu'en mars 1995, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 22 000 ménages; ces données sont basées sur un échantillon formé de près de 15 000 personnes âgées de 18 ans ou plus[3].

Comme on l'a mentionné précédemment, l'enquête comportait un maximum de 18 questions « vrai ou faux » sur la vie quotidienne. Les questions d'ordre général s'énonçaient comme suit : « Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps » et « On exerce trop de pressions sur vous pour que vous soyez comme les autres ». Les questions concernant la famille comprenaient notamment: « Un membre de votre famille est aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie » et « Vous vous préoccupez beaucoup du comportement d'un enfant ». Statistique Canada a rajusté le total des points en fonction du nombre d'éléments pertinents. Les définitions arbitraires suivantes ont servi à définir les trois niveaux de stress: faible (0 ou 1), moyen (2 à 4) et élevé (5 ou plus).

Figure 8 **Niveau de stress élevé, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 18 ans ou plus, Canada, 1994–1995**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

Ouvrages de référence

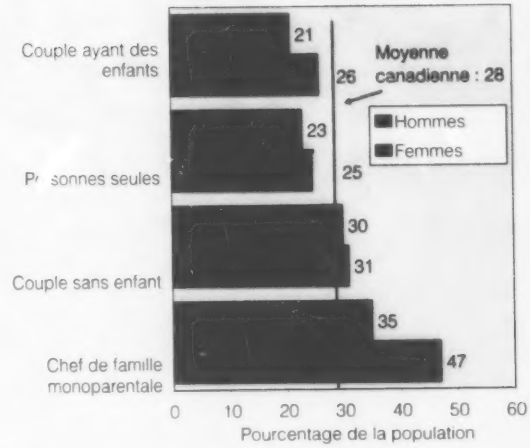
1. Ader, R., et N. Cohen, Psychoneuro-immunology : conditioning and stress, *Annual Review of Psychology*, 1993, n°. 44, p. 53 à 85.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Tambay, J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, n° 7, p. 29-38, n° de catalogue 82-003-XPB.

Définitions et méthodes

Ces données sont tirées des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada, en juin, en août et en novembre 1994 ainsi qu'en mars 1995, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 22 000 ménages; ces données sont basées sur un échantillon formé de près de 15 000 personnes âgées de 18 ans ou plus[3].

Comme on l'a mentionné précédemment, l'enquête comportait un maximum de 18 questions « vrai ou faux » sur la vie quotidienne. Les questions d'ordre général s'énonçaient comme suit : « Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps » et « On exerce trop de pressions sur vous pour que vous soyez comme les autres ». Les questions concernant la famille comprenaient notamment: « Un membre de votre famille est aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie » et « Vous vous préoccupez beaucoup du comportement d'un enfant ». Statistique Canada a rajusté le total des points en fonction du nombre d'éléments pertinents. Les définitions arbitraires suivantes ont servi à définir les trois niveaux de stress: faible (0 ou 1), moyen (2 à 4) et élevé (5 ou plus).

Figure 8 **Niveau de stress élevé, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 18 ans ou plus, Canada, 1994–1995**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

Ouvrages de référence

1. Ader, R., et N. Cohen, Psychoneuro-immunology : conditioning and stress, *Annual Review of Psychology*, 1993, n°. 44, p. 53 à 85.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Tambay, J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, n° 7, p. 29-38, n° de catalogue 82-003-XPB.

Tableau 8 **Stress chronique, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 18 ans ou plus, Canada, 1994–1995**

	Estime de population	Niveau de stress faible	Niveau de stress modéré	Niveau de stress élevé
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 18 ans ou +	**20 163**	**36**	**38**	**26**
Hommes	9 648	37	39	23
Femmes	10 515	35	37	28
Total, 18 à 19 ans	762	32	31	37
Hommes	429	29	32	39
Femmes	334	37	28	35
Total, 20 à 24 ans	1 619	28	38	35
Hommes	770	27	41	32
Femmes	849	28	35	38
Total, 25 à 34 ans	4 544	29	41	30
Hommes	2 182	31	42	27
Femmes	2 362	27	40	33
Total, 35 à 44 ans	4 631	29	43	28
Hommes	2 302	32	45	23
Femmes	2 329	26	41	33
Total, 45 à 54 ans	3 302	34	39	27
Hommes	1 662	38	38	23
Femmes	1 640	30	40	30
Total, 55 à 64 ans	2 333	43	36	21
Hommes	1 071	45	36	18
Femmes	1 262	42	35	23
Total, 65 à 74 ans	1 918	55	31	14
Hommes	836	58	29	13
Femmes	1 082	53	32	15
Total, 75 ans et +	1 054	64	27	9
Hommes	395	64	30*	#
Femmes	658	64	26	10
Inférieur au secondaire	5 117	34	36	30
Secondaire	8 417	34	38	28
Collégial	3 654	37	38	25
Universitaire	2 949	46	39	15
Terre-Neuve	398	44	39	17
Île-du-Prince-Édouard	92	43	38	20
Nouvelle-Écosse	665	36	37	27
Nouveau-Brunswick	513	35	39	26
Québec	5 086	37	38	24
Ontario	7 661	34	38	28
Manitoba	763	30	41	29
Saskatchewan	649	38	37	25
Alberta	1 087	37	39	24
Colombie-Britannique	2 528	37	36	26

* Variabilité d'échantillonnage moyenne : interpréter avec prudence.

\# Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

9

Stress professionnel

Introduction

La majorité des Canadiennes et des Canadiens font partie de la population active (sujet 7), et la plupart d'entre eux se déclarent très satisfaits de leur travail, bien que cette proportion ait diminué depuis 1991 (sujet 55). Étant donné que le travail constitue un aspect important de la vie quotidienne pour un si grand nombre, le stress professionnel est un facteur déterminant clé de la santé mentale en général.

Le présent chapitre fait état des résultats de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, qui s'est servi d'une batterie de questions pour évaluer comme jamais auparavant le stress professionnel.

Prévalence du stress professionnel 1994-1995

Sur une échelle comportant 12 questions, où les résultats varient de 0 à 45, les Canadiens occupés ont obtenu une moyenne de 19,8 ou un résultat légèrement supérieur à la note moyenne possible (tableau 9)[1]. Environ 4 p. 100 des Canadiens ayant un emploi ont déclaré un niveau élevé de stress professionnel.

Étant donné qu'il s'agit d'une première, on ne dispose d'aucune information à l'heure actuelle pour établir des comparaisons avec des données antérieures ou internationales.

Différences entre les groupes

La plus forte proportion de personnes ayant un niveau élevé de stress professionnel s'observe chez les 20 à 24 ans, puis la proportion diminue à chaque groupe d'âge, pour atteindre son niveau le plus bas chez les personnes occupées de 45 à 54 ans (tableau 9). Le score moyen suit la même courbe, allant d'un maximum de 22,3 chez les personnes de 15 à 19 ans jusqu'à un minimum de 17,5 chez les personnes de 65 à 74 ans (tableau 9). (Aux fins d'analyse et de comparaison, soulignons que moins de 170 000 Canadiennes et Canadiens occupent un emploi après l'âge de 65 ans.)

Les femmes ont obtenu des scores moyens de stress professionnel légèrement supérieurs, et plus de femmes que d'hommes ont déclaré un niveau élevé de stress professionnel, à tous les groupes d'âge (tableau 9) et niveaux d'instruction (données non présentées). En fait, les femmes de 20 à 24 ans sont plus de trois fois plus susceptibles de déclarer un niveau élevé de stress professionnel que la moyenne canadienne.

Chaque niveau d'instruction successif est accompagné d'une diminution constante, quoique modeste, du niveau moyen de stress professionnel; on observe le même phénomène quant au pourcentage de personnes qui déclarent un niveau de stress élevé. Ce sont les diplômés universitaires qui présentent la plus faible proportion de personnes ayant déclaré un niveau élevé de stress professionnel, soit 2 p. 100 (tableau 9).

Les écarts entre les provinces sont moins marqués que ceux qui sont liés à l'âge ou au niveau d'instruction bien que, à l'instar du stress chronique (sujet 8), les travailleuses et les travailleurs ontariens et manitobains présentent des résultats supérieurs en ce qui concerne le stress professionnel élevé. Par contraste, seulement 3 p. 100 des travailleurs québécois ont déclaré un niveau élevé de stress professionnel élevé (tableau 9).

On observe des différences notables en ce qui concerne le stress professionnel élevé selon le type de ménage. Les membres de couples sans enfant présentent le pourcentage le plus faible de stress professionnel élevé (3 p. 100), alors que les parents seuls sont deux fois plus susceptibles de déclarer un tel stress (figure 9)[1]. En outre, seulement 2 p. 100 des hommes au sein de couples sans enfant déclarent un

niveau élevé de stress professionnel, contre 6 p. 100 des femmes chefs de famille monoparentale.

Définitions et méthodes

Ces données sont tirées des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada, en juin, en août et en novembre 1994 ainsi qu'en mars 1995, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 22 000 ménages; ces données sont basées sur un échantillon formé de près de 8 500 personnes âgées de 15 ans ou plus[2].

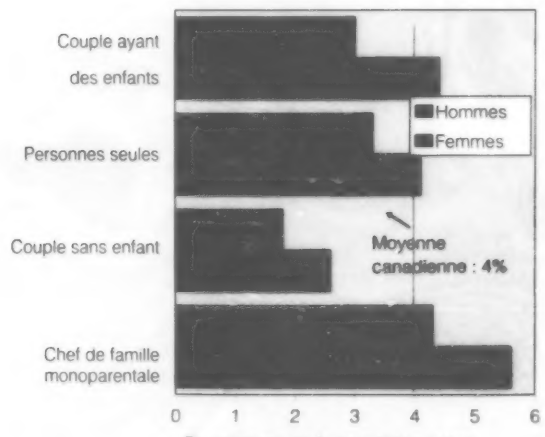
L'échelle de stress professionnel comprenait 12 questions « accord-désaccord » sur une échelle de cinq, qui décrivent les conditions de travail. Élaborée à l'Université d'Ottawa, l'échelle couvre plusieurs aspects, notamment la latitude quant à la prise de décision, les exigences psychologiques, le manque de sécurité d'emploi, l'effort physique et le soutien social. Un résultat de 30 et plus indique, arbitrairement, un niveau de stress élevé. Le stress professionnel n'a pas été mesuré dans le cycle 1996-1997 de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.

2. Tambay, J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, n° 7, p. 29-38, n° de catalogue 82-003-XPB.

Figure 9 **Niveau de stress professionnel élevé, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), employés de 15 ans ou plus, Canada, 1994–1995**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

Tableau 9 **Indice de stress professionnel, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, personnes occupées de 15 à 74 ans, Canada, 1994–1995**

	Estime de population	Note moyenne	Niveau de stress élevé
	(en milliers)		(%)
Total, 15 ans ou +	**11 833**	**19,8**	**4**
Hommes	6 378	19,3	4
Femmes	5 465	20,3	5
Total, 15 à 19 ans	821	22,3	7
Hommes	407	22,2	#
Femmes	414	22,4	#
Total, 20 à 24 ans	1 003	21,2	9
Hommes	494	20,7	#
Femmes	509	21,7	13
Total, 25 à 34 ans	3 228	20,2	5
Hommes	1 705	19,9	4
Femmes	1 523	20,6	6
Total, 35 à 44 ans	3 378	19,5	4
Hommes	1 827	19,0	3
Femmes	1 550	20,0	5
Total, 45 à 54 ans	2 311	18,7	2
Hommes	1 230	18,1	#
Femmes	1 012	19,4	#
Total, 55 à 64 ans	934	18,7	#
Hommes	530	18,2	#
Femmes	404	19,4	#
Total, 65 à 74 ans	168	17,5	#
Hommes	115	17,3	#
Femmes	53	17,9	#
Inférieur au secondaire	2 185	20,6	4
Secondaire	5 131	19,7	5
Collégial	2 430	19,5	3
Universitaire	2 088	17,4	2
Terre-Neuve	186	19,8	#
Île-du-Prince-Édouard	55	20,3	#
Nouvelle-Écosse	381	20,6	#
Nouveau-Brunswick	261	20,0	#
Québec	2 226	19,2	3
Ontario	4 886	19,7	5
Manitoba	498	20,3	5
Saskatchewan	414	19,7	#
Alberta	1 302	19,6	4
Colombie-Britannique	1 649	19,5	4

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

10

Violence familiale

Introduction

La violence familiale, surtout celle qui est faite aux femmes et aux enfants, n'est plus cachée: c'est maintenant une affaire de société. Les professionnels de la santé reconnaissent désormais que la violence familiale affecte la santé et mène à la souffrance mentale et physique. Dans les cas extrêmes, elle peut même entraîner la mort[1]. Les enfants qui grandissent dans des foyers violents deviennent souvent eux-mêmes des agresseurs, ce qui contribue à perpétuer le cycle de violence dans la société.

Le présent chapitre décrit divers indicateurs relatifs à la violence familiale, dont la violence à l'endroit des enfants et des jeunes de la famille, les homicides liés à des problèmes familiaux, le recours aux maisons d'hébergement ainsi que la violence à l'endroit des aînés.

Incidence de la violence familiale, 1996

En 1996, des enfants de moins de 18 ans ont été victimes de 22 p. 100 des agressions signalées aux services policiers, ce qui représente environ 23 000 cas déclarés. Les agressions sexuelles représentent le quart de toutes les agressions contre les enfants[2]. Les membres de la famille ont été accusés de 24 p. 100 de toutes les agressions contre des enfants — 32 p. 100 de toutes les agressions sexuelles et 20 p. 100 des agressions physiques. Presque 70 p. 100 des victimes de moins de trois ans ont été agressées physiquement par des membres de la famille, notamment par les parents (58 p. 100 des cas) (tableau 10a)[2].

Les homicides familiaux résolus sont une autre source d'information sur la violence familiale[3]. Des 581 homicides en 1997, 42 p.100 des victimes ont été tuées par un conjoint ou un autre membre de la famille. Suite à l'identification d'un accusé, près de 87 p. 100 des victimes d'homicides ont été tuées par quelqu'un qu'elles connaissaient. De 1981 à 1996, les homicides familiaux impliquaient une victime féminine environ quatre fois sur sept (figure 10)[4]. Chaque année depuis 1993, les homicides familiaux représentent de 162 à 191 des homicides, une baisse par rapport aux niveaux supérieurs enregistrés de 1981 à 1992.

Le nombre d'homicides conjugaux a baissé, passant de 90 en 1995, à 80 en 1996 et à 75 en 1997. Dans 80 p. 100 des cas en 1997, les femmes en sont les victimes[3]. En outre, 19 femmes ont été tuées par un partenaire ou ex-partenaire masculin. Dans l'ensemble, environ 40 p. 100 des femmes victimes d'homicide ont été tuées par un homme avec qui elles avaient eu des rapports intimes à un moment donné.

Les refuges ou maisons d'hébergement offrent un gîte temporaire mais sécuritaire aux femmes et aux enfants maltraités, durant les périodes d'agression d'un partenaire. Selon l'enquête nationale de Statistique Canada sur les maisons d'hébergement, 2 361 femmes accompagnées de 2 217 enfants vivaient dans les refuges du pays, au 31 mai 1995[5]. Quatre femmes sur cinq fuyaient une situation de violence, généralement un mari (64 p. 100) ou ex-mari (21 p. 100) violent. La plupart des femmes cherchant refuge pour fuir une situation de violence étaient victimes de violence physique (70 p. 100). Près de la moitié de ces femmes rapportaient des menaces de violence et le cinquième d'entre elles avaient été victimes d'agression sexuelle (le total excède 100 p. 100 en raison de réponses multiples). Le quart des femmes ont rapporté des blessures nécessitant des soins médicaux au moment de se présenter aux refuges, et 3 p. 100 ont dû être hospitalisées.

Différences entre les groupes

De 1974 à 1996, il y a eu 1 994 victimes d'homicides âgées de moins de 18 ans, soit 13 p. 100 du nombre total de victimes d'homicide au Canada durant cette période[2]. Malgré les fluctuations annuelles, le taux d'homicide d'enfants est demeuré relativement stable. En 1996, ce taux représentait la moitié de celui des adultes.

Les types d'agression physique et sexuelle par les membres de la famille diffèrent selon le sexe de la victime (tableau 10b)[2]. Les filles et les jeunes femmes sont victimes d'un nombre supérieur d'agressions, surtout des agressions sexuelles, par des membres de la famille plus fréquemment que les agressions sur les garçons et les jeunes hommes. Les victimes sont des femmes dans 79 p. 100 des agressions sexuelles, et dans plus de 50 p. 100 des cas d'agression physique[2].

Les parents sont plus susceptibles que les autres membres de la famille de commettre des actes d'agression sexuelle et physique (tableau 10b). Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être victimes d'agression sexuelle ou physique de la part d'un parent, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'être victimes d'agression sexuelle de la part d'autres membres de la famille immédiate ou d'agression physique par un conjoint.

En 1996, les aînés (65 ans et plus) ont été victimes de 2 p. 100 des crimes violents signalés aux services policiers[3]. Les membres de la famille étaient impliqués dans 20 p. 100 de tous les crimes violents contre des personnes âgées de 65 ans et plus; les enfants et les conjoints de ces personnes ont été le plus souvent accusés des crimes (44 p. 100 et 34 p. 100 respectivement). Selon les renseignements policiers, le pourcentage de crimes violents commis par les membres de la famille contre des aînés est demeuré relativement stable depuis 1993, se situant entre 19 p. 100 et 24 p. 100. Durant cette période, les conjoints et enfants ont continué d'être les principaux auteurs de violence.

Définitions et méthodes

Ces indicateurs proviennent de diverses sources et ne sont pas entièrement comparables. Aucune enquête exhaustive sur la violence familiale n'a encore été menée à l'échelle nationale.

Les données présentées dans *Enfants et adolescents victimes d'agressions dans la famille 1996*, proviennent en grande partie de *l'Enquête de déclaration uniforme de la criminalité* (DUC) de 1996. Ces données reflètent les incidents de nature criminelle signalés à 154 services policiers dans six provinces, ce qui représente 47 p. 100 du volume national des infractions prévues au *Code criminel*[2]. Elles proviennent surtout du Québec et de l'Ontario, et s'appliquent essentiellement aux populations urbaines. Quoi qu'il en soit, l'analyse de ces données peut permettre de comprendre la nature des cas de violence faite aux enfants signalés à la police. La "violence faite aux enfants" désigne les infractions prévues au *Code criminel du Canada* concernant les actes d'agression physique et sexuelle contre des victimes de moins de 18 ans, qui sont signalés à la police. La "famille" désigne les membres de la famille immédiate et élargie liés par le sang, le mariage, l'union de fait ou l'adoption, de même que ceux qui sont considérés comme les tuteurs légaux des enfants. Si l'accusé est un partenaire (masculin ou féminin) d'un parent de l'enfant maltraité, il sera vraisemblablement considéré comme une "personne hors famille".

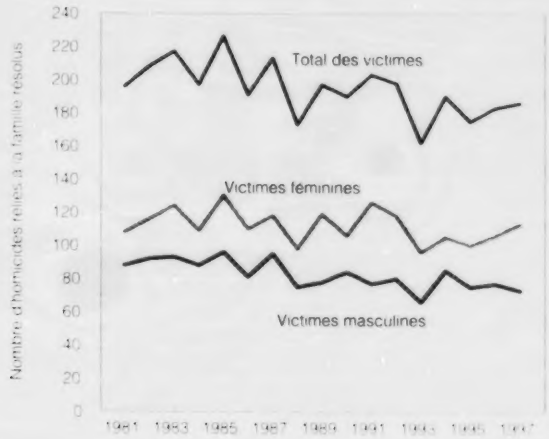
L'*Enquête de déclaration uniforme de la criminalité* a recueilli des données fournies par les services policiers sur les homicides commis depuis 1961. Le nombre d'homicides commis chaque année correspond au nombre d'homicides signalés à la police cette année-là, peu importe la date réelle du crime[3]. L'enquête s'étend à l'ensemble du pays et recueille les données de plus de 1 500 corps policiers. Au Canada (et dans l'enquête), l'homicide désigne le meurtre au premier degré, le meurtre au deuxième degré, l'homicide involontaire ou l'infanticide. Les décès causés par négligence criminelle, suicide, homicide accidentel ou excusable sont exclus de cette classification.

Ouvrages de référence

1. Committee on Wife Assault, *Reports on Wife Assault*, Toronto, Ontario Medical Association, 1991.
2. Statistique Canada, *Enfants et adolescents victimes d'agressions familiales 1996*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, novembre 1997, nº de catalogue 85-002-XPF, vol. 17, nº 11.
3. Statistique Canada, *Statistiques sur le crime au Canada, 1997*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, juillet 1998, nº de catalogue 85-002-XPF, vol. 18, nº 11.
4. Statistique Canada, *Enquête de déclaration uniforme de la criminalité*, Centre canadien de la statistique juridique: totalisations spéciales.

5. Statistique Canada, *La violence familiale au Canada 1996 : profil statistique de 1998*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, mai 1998, nº de catalogue 85-224-XPF.

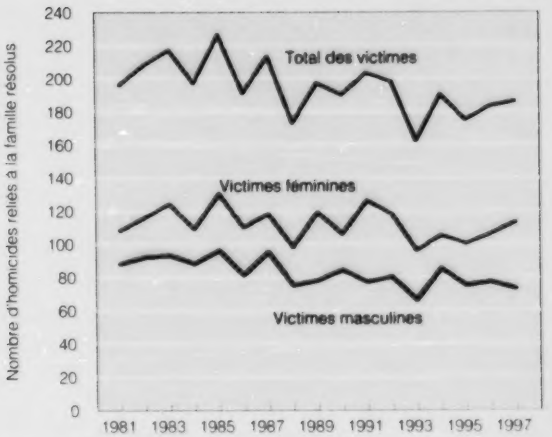
Figure 10 **Homicides reliés à la famille, selon le sexe de la victime, Canada, 1981–1997**



Source : Statistique Canada, *Enquête de déclaration uniforme de la criminalité*, Centre canadien de la statistique juridique, totalisations spéciales.

5. Statistique Canada, *La violence familiale au Canada 1996 : profil statistique de 1998*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, mai 1998, nº de catalogue 85-224-XPF.

Figure 10 **Homicides reliés à la famille, selon le sexe de la victime, Canada, 1981–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête de déclaration uniforme de la criminalité*, Centre canadien de la statistique juridique : totalisations spéciales.

Tableau 10a **Agressions commises contre des enfants, selon le type d'agression, l'âge de la victime et la relation avec l'accusé, Canada, 1996**

		Agression sexuelle – Âge de la victime						
		Total	<3 ans	3–5 ans	6–8 ans	9–11 ans	12–14 ans	15–17ans
Total	**Nombre**	**6 481**	**164**	**867**	**1 026**	**1 101**	**1 805**	**1 518**
	%	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Connaissance		49	25	41	46	47	56	51
Étranger		13	6	5	8	13	14	21
Inconnu		6	12	7	5	5	5	6
Total des membres de la famille	**%**	**32**	**57**	**48**	**42**	**36**	**25**	**21**
Conjoint		–	–	–	–	–	1	–
Parent		14	30	20	15	16	11	10
Membre de la famille immédiate	9	9	12	13	11	7	6	
Membre de la famille élargie		9	18	16	14	9	6	4

		Agression physique – Âge de la victime						
		Total	<3 ans	3–5 ans	6–8 ans	9–11 ans	12–14 ans	15–17 ans
Total	**Nombre**	**16 371**	**342**	**509**	**961**	**1 997**	**5 465**	**7 097**
	%	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Connaissance		53	17	25	40	54	60	52
Étranger		22	4	9	15	21	21	26
Inconnu		5	10	8	7	5	4	5
Total des membres de la famille	**%**	**20**	**69**	**58**	**38**	**20**	**15**	**17**
Conjoint		2	–	–	–	–	–	4
Parent		13	58	49	33	15	10	7
Membre de la famille immédiate		4	6	6	3	3	4	5
Membre de la famille élargie		1	5	4	2	2	1	1

Source: Statistique Canada, *Enfants et adolescents victimes d'agressions dans la famille, 1996*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, novembre 1997, n° de catalogue 85-002-XPF, vol. 17, n° 11 (données du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire).

Tableau 10b **Agressions familiales commises contre des enfants et des jeunes, selon le type d'agression, le sexe[a] de la victime et la relation avec l'accusé, Canada, 1996**

		Agression sexuelle			Agression physique		
		Total	Femmes agressées	Hommes agressés	Total	Femmes agressées	Hommes agressés
Total	**Nombre**	**2 102**	**1 662**	**440**	**3 328**	**1 855**	**1 473**
	%	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Parent		43	42	48	64	59	70
Membre de la famille immédiate[b]		28	29	24	21	21	21
Membre de la famille élargie[c]		27	27	28	7	6	8
Conjoint de la victime		1	2	1	8	14	1

[a] On a exclu les cas où le sexe de la victime était inconnu.

[b] La « famille immédiate » comprend les frères et soeurs naturels, ou les demi-frères et soeurs, beaux-frères et soeurs par remariage, frères et soeurs d'accueil ou adoptés.

[c] La « famille élargie » comprend les autres membres de la famille liés par le sang ou le mariage (par ex., grands-parents, tantes, oncles, cousins).

Source: Statistique Canada, *Enfants et adolescents victimes d'agressions dans la famille, 1996*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, novembre 1997, nº de catalogue 85-002-XPF, vol. 17, nº 11 (données du Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire).

11

Santé sociale

Introduction

Alors que la plupart des prochains chapitres du *Rapport* décrivent l'état de santé de la population en regroupant des statistiques individuelles, on ne peut pas vraiment *résumer* tous ces indicateurs. Cependant, grâce au nouvel « indice de santé sociale », on dispose d'un résumé des 15 principaux indicateurs[1], dont la plupart figurent au présent *Rapport*. Ensemble, ces indicateurs brossent un tableau beaucoup plus complet de l'état de santé d'une société que les mesures classiques du progrès comme le produit intérieur brut (PIB) ou même l'indicateur de qualité de vie des Nations Unies (l'Indice de développement humain). Les mesures du développement économique comme le PIB reflètent mal la santé sociale parce qu'elles ne prennent en considération ni les activités à caractère non économique, ni les aspects négatifs des activités économiques (comme la pollution)[2]. La portée de l'indice des Nations Unies est limitée, car elle ne tient compte que du PIB par habitant, de l'alphabétisation, de l'effectif scolaire et de la mortalité infantile[3]. Avant 1998, on ne tenait nullement compte des écarts au sein d'une société.

Le nouvel Indice de santé sociale est limité lui aussi et on le considère au mieux comme un outil en développement. En effet, les résultats sont calculés de sorte que les seules comparaisons valables sont celles dans une même région (province ou pays), sur une période donnée. Les seules comparaisons possibles entre régions sont les tendances sur une période donnée. L'indice révèle néanmoins une perspective du progrès social au Canada, surtout si on le compare au progrès économique.

Tendances en matière de santé sociale, 1970 à 1995

De 1970 à 1980, l'Indice de santé sociale a monté en flèche au Canada. Les valeurs maximales atteintes en 1980 ont toutefois été depuis suivies d'une régression lente et continue, interrompues seulement par un modeste redressement à la fin de la décennie (figure 11)[2]. En vertu de cette mesure, la santé sociale du Canada a diminué et retrouvé le niveau de 1972. En 1995, l'indice était d'environ 50, ce qui signifie que tous les indicateurs réunis ne totalisaient que la moitié des niveaux maximums atteints au cours des 25 dernières années. Par contraste, le PIB du pays a continué sa croissance vigoureuse de 1970 à 1995.

On ne dispose d'aucun classement international selon l'Indice de santé sociale, mais le Canada a obtenu d'excellents résultats au cours des dernières années, selon l'indicateur plus limité de développement humain (IDH) des Nations Unies[3]. Bien que le Canada domine l'indice général de 1998, il se classe dixième (sur 17 pays) d'après le nouvel Indice de pauvreté humaine des Nations Unies, lequel incorpore une mesure de la distribution du revenu.

Différences entre les groupes

Dix des quinze éléments de l'Indice de santé sociale couvrent quatre étapes de la vie: l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse. Les cinq autres éléments s'appliquent à toutes les catégories d'âge : homicides, décès liés à l'alcool, accès à un logement à prix abordable et inégalité des revenus. On peut alors comparer les tendances à diverses étapes de la vie, bien que, comme nous l'avons souligné, *on ne peut comparer que les tendances*, et non les valeurs absolues. (Il n'y a aucun indicateur lié au sexe.)

Les indicateurs de l'enfance, soit la pauvreté (sujet 6), la violence (sujet 10) et la mortalité infantile (sujet 78) ont atteint des sommets en 1980, et ont régressé sans cesse depuis, sauf en 1989. En 1995, l'indice avait baissé de 52 p. 100 (tableau 11)[1]. Il semble que les indicateurs de la santé sociale durant

l'enfance soient particulièrement vulnérables au ralentissement économique[1] et se distinguent des autres stades de la vie, car leurs niveaux se sont récemment trouvés à leur plus bas.

Les indicateurs de la jeunesse sont le taux de suicide chez les jeunes (sujet 81), l'abus de drogues (sujet 45) et le taux d'abandon des études secondaires (sujet 5). Ils présentent des tendances différentes des indicateurs de l'enfance, soit un brusque et dramatique déclin par rapport au plafond de 1982, jusqu'au plancher de 1986. On remarque un léger redressement de 1986 à 1993, mais la tendance à la baisse a repris. Après les indicateurs de l'enfance, le sous-indice jeunesse s'est récemment trouvé à son niveau le plus bas. En 1995, il était de 37 p. 100 inférieur à sa valeur maximale de 1982.

Les indicateurs de la santé sociale adulte sont d'ordre économique, soit le chômage (sujet 7) et le revenu hebdomadaire moyen. Ceux-ci ont augmenté parallèlement à l'économie, au début des années 1970 puis durant la presque totalité des années 1980. On a enregistré toutefois une chute importante du sous-indice adulte de 1976 à 1982, puis de 1989 à 1993. Malgré un redressement, ces indicateurs sont toujours inférieurs de 23 p. 100 à leurs valeurs maximales de 1983.

Les indicateurs de la vieillesse concernent le taux de pauvreté (sujet 6) et les coûts de santé non assurés (sujets 21, 23 et 24). On note une amélioration spectaculaire chez les personnes âgées durant les années 1970, comparativement aux autres groupes, puis une baisse lente mais sûre à compter de 1982. En 1995, leur sous-indice était de 38 p. 100 inférieur à sa valeur maximale.

On note des exceptions importantes aux tendances provinciales généralement semblables. La plupart des provinces ont atteint des valeurs maximales en santé sociale en 1979 ou 1980, bien que l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard aient atteint les leurs beaucoup plus tard dans les années 1980 (tableau 11). La plupart des provinces ont eu des planchers en 1970, première année du calcul de l'indice, sauf le Québec, qui a connu sa valeur la plus faible en 1994. Les changements par rapport aux valeurs maximales de 1995 (dernière année du calcul de l'indice) sont tous uniformément négatifs, mais les tendances à la baisse varient beaucoup selon les provinces : d'un faible niveau (4 et 5 p. 100) en Alberta et à Terre-Neuve, à un niveau considérable (32 p. 100) au Québec.

Si l'indice de santé sociale ne fournit aucun indicateur selon le sexe, les Nations Unies disposent d'un tel indicateur, appelé indicateur « sexospécifique » du développement humain, qui tient compte de l'inégalité des progrès entre les sexes, ainsi que d'un indicateur de la participation des femmes, qui indique si les femmes sont en mesure de prendre une part active à la vie politique et économique. À l'échelle mondiale, le Canada se classe au premier rang à l'indicateur « sexospécifique » du développement humain, et au sixième rang, à l'indicateur de la participation des femmes.

Selon l'indice de développement humain, la population autochtone canadienne obtient des résultats de beaucoup inférieurs à la population en général et se rapproche davantage du statut des pays en voie de développement[4]. Selon cette mesure, les Autochtones vivant hors réserve ressemblent aux résidents de Trinidad et Tobago (classés 35^{ièmes}), alors la vie dans les réserves est à peine meilleure que celle des Brésiliens qui se classent 63^{ièmes}.

Définitions et méthodes

L'indice de santé sociale a été conçu par Développement des ressources humaines Canada, en collaboration avec Statistique Canada. Il s'appuie sur un indice semblable élaboré récemment pour les États-Unis[1]. L'indice résume 15 indicateurs, décrits précédemment, dont bon nombre sont décrits ailleurs dans le présent *Rapport*. Les résultats de chaque indicateur, liés à n'importe quelle année d'une série chronologique, sont présentés par rapport aux meilleures et aux pires années de la série. La meilleure année pour un indicateur reçoit un compte de 10, et la pire un compte de 0. Ainsi, les résultats servent à indiquer les changements sur une période donnée au sein d'une région, mais ne peuvent servir à comparer différentes régions (provinces ou pays), sauf en ce qui concerne les tendances avec le temps.

L'indice de développement humain s'appuie sur quatre indicateurs : l'espérance de vie à la naissance (sujet 84), l'effectif scolaire et l'alphabétisation des adultes (sujet 5) ainsi que le PIB réel par habitant.

Ouvrages de référence

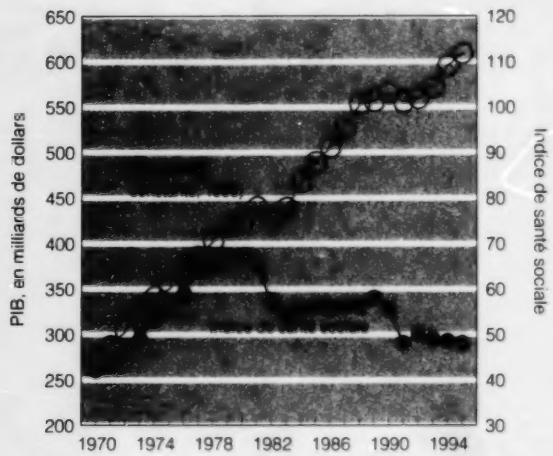
1. Brink, S. et A. Zeesman, *Mesure du bien-être social : Un indice de santé sociale pour le Canada*, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, documents de recherche R-97-9F, juin 1997.

2. Développement des ressources humaines Canada, « Comment savoir si la situation sociale s'améliore au Canada ? », *Bulletin de la recherche appliquée*, 1997, vol. 3, n° 2, p. 6-8.

3. Programme de développement humain des Nations Unies, Bureau du rapport mondial sur le développement humain, *Rapport mondial sur le développement humain 1997*. Consultez le site Internet du programme de développement des Nations Unies : www.undp.org/undp/hdro/97.htm.

4. Ministère des Affaires indiennes et du Nord, *Rapport des Nations Unies sur le développement humain*, Ottawa, 1998.

Figure 11 **Santé sociale et production économique, Canada, 1970–1995**



Source: Développement des ressources humaines Canada, Comment savons-nous que ça s'améliore au Canada?, *Bulletin de la recherche appliquée 1997*, vol. 3 n° 2: p. 6-8.

Tableau 11 **Tendances de l'indice de santé sociale et sous-indices, selon l'étape de la vie et la province, Canada, 1970–1995**

	Année la plus faible	Année la plus élevée	Écart entre le sommet et 1995
			(%)
Total	**1970**	**1980**	**–28**
Enfants	1995	1980	–52
Jeunes	1986	1982	–37
Adultes	1976	1983	–23
Personnes âgées	1970	1982	–38
Terre-Neuve	1970	1981	–5
Île-du-Prince-Édouard	1971	1987	–15
Nouvelle-Écosse	1970	1980	–21
Nouveau-Brunswick	1970, 1982	1980	–8
Québec	1994	1979	–32
Ontario	1970	1988	–13
Manitoba	1970	1979	–13
Saskatchewan	1970	1979	–19
Alberta	1970	1979	–4
Colombie-Britannique	1970	1979	–17

Source: Brink, S., et A. Zeesman, Mesure du bien-être social : *Un indice de santé sociale pour le Canada*. Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, documents de recherche R-97-9F, juin 1997.

Environnement physique

Ce bref chapitre présente un coup d'oeil rapide des aspects de l'environnement physique dont on sait qu'ils nuisent à la santé, notamment la fumée de tabac ambiante et certains polluants atmosphériques. D'autres indicateurs servent à mesurer la qualité de l'environnement, mais ils sont soit très généraux, comme les tendances en matière de vente de biens de consommation renfermant des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, ou encore leur incidence sur la santé est imprécise, telle que la proportion de la population ayant accès à l'eau traitée par les municipalités. Par ailleurs, nous ne disposons pas de données fiables sur le vaste éventail de risques environnementaux reconnus pour nuire à la santé humaine[1,2].

Aperçu

Malgré l'adoption , entre 1991 et 1995, de nouveaux règlements municipaux sur l'usage du

tabac dans les lieux publics, les restrictions demeurent modestes et varient énormément d'une province à l'autre (sujet 12). En outre, le quart seulement des fumeurs doit composer avec des restrictions quant à l'usage du tabac à la maison, ce qui signifie qu'au moins 1,4 million d'enfants sont exposés quotidiennement aux effets du tabagisme (sujet 13). Dans le cas de l'usage du tabac pendant la grossesse (sujet 40) et l'allaitement (sujet 48), il est clair que nombre de jeunes Canadiennes et Canadiens commencent leur vie sans être assurés de grandir dans un milieu où l'air est sain. D'autre part, ces enfants ainsi que la majorité de la population canadienne, même en milieu rural, sont exposés à des quantités croissantes de composantes principales du smog (sujet 14).

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Comme on vient de le mentionner, il y a peu d'indicateurs sur la qualité de l'environnement qui ont une incidence claire sur la santé, et ceux dont on dispose (par exemple, sujet 14) sont désuets et peu utiles. En effet, les données sur les indicateurs environnementaux sont les plus anciennes du *Rapport*, et constituent une exception à la règle générale de statistiques « courantes » qui ne devraient pas être antérieures à 1994-1995. Le manque d'indicateurs environnementaux actuels, complets et pertinents sur le plan régional constitue une lacune importante d'un portrait tout de même assez complet des facteurs influant sur la santé de la population canadienne.

Ouvrages de référence

1. Santé Canada, *La santé et l'environnement: partenaires pour la vie*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
2. « Terre à terre : Colloque national sur les contaminants environnementaux et l'impact sur la santé des enfants », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, n° 89, (supplément 1).

12

Règlements municipaux relatifs à l'usage du tabac

Introduction

L'usage du tabac et l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) sont des causes importantes et évitables de maladie et de mortalité (sujet 79). La plupart des gouvernements tentent de décourager l'usage du tabac, et nombre de municipalités appliquent des règlements sur l'usage du tabac dans les lieux publics, afin de protéger la santé des non-fumeurs. Les règlements limitant l'usage du tabac dans les lieux publics sont presque aussi efficaces que les taxes sur le tabac en vue de décourager l'usage de la cigarette[1].

Le présent chapitre révèle les résultats de deux enquêtes nationales indépendantes sur les règlements municipaux relatifs à l'usage du tabac.

Restrictions relatives à l'usage du tabac, 1995

En 1995, un grand nombre de lieux publics imposaient un type quelconque de restrictions concernant l'usage du tabac. Selon l'analyse de 269 règlements des principales municipalités du pays, les restrictions couvraient 17,9 millions d'individus, soit 63 p. 100 de toute la population canadienne. Les règlements anti-tabac s'appliquaient généralement aux installations municipales, aux lieux de rassemblement publics, aux comptoirs de service et aux aires d'accueil[2]. Soixante-huit pour cent des municipalités disposant de règlements avaient des dispositions explicites en vue de leur application, mais seulement 12 p. 100 acceptaient la responsabilité de les appliquer et prévoyaient des amendes progressives en cas de récidive. De plus, seulement 29 p. 100 des municipalités disposant de règlements exigeaient qu'on ait des enseignes bien en vue pour informer le public de ces restrictions.

Durant la même année, une autre étude d'un vaste échantillon d'établissements publics à travers le Canada révélait que l'usage du tabac était complètement défendu à l'intérieur et à l'extérieur dans 65 p. 100 des écoles et dans 51 p. 100 des garderies; seulement 29 p. 100 des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé comme les centres de soins de longue durée bannissaient l'usage du tabac à l'intérieur (tableau 12)[3].

La nature des restrictions relatives à l'usage du tabac varie d'une municipalité à l'autre, bien qu'en ce qui concerne les établissements commerciaux (restaurants, centres d'achat, salles de bingo, etc.), les exigences les plus fréquentes concernaient les aires intérieures non ventilées pour fumeurs. C'est dans les restaurants qu'on trouve la plus grande proportion d'aires intérieures pour fumeurs (33 p. 100), et dans les centres commerciaux, la plus grande proportion d'aires ventilées pour fumeurs (6 p. 100)[4].

Différences entre les provinces

On note des différences interprovinciales importantes quant aux restrictions municipales sur l'usage du tabac, mais certaines tendances ressortent.

Entre 3 p. 100 (Terre-Neuve) et 81 p. 100 (Ontario) de la population est touchée par les différents règlements municipaux (figure 12)[2,3]. Dans la plupart des provinces, la couverture était plus importante en 1995 qu'en 1991[3], et d'autres municipalités ont vraisemblablement emboîté le pas depuis[2]. La population additionnelle protégée contre la FTA entre 1991 et 1995 demeure néanmoins modeste dans toutes les provinces, sauf au Québec et au Nouveau-Brunswick, et elle a même diminué au Manitoba.

Les rapports obtenus sur les restrictions municipales touchant l'usage du tabac dans les écoles, les garderies, les hôpitaux révèlent aussi des différences importantes dans l'étendue de la protection contre la FTA accordée aux employés, aux étudiants, aux patients et aux visiteurs (tableau 12). On retrouve une gamme particulièrement importante d'interdictions de l'usage du tabac dans les écoles qui va de 93 p. 100 dans les écoles ontariennes (où on avait des interdictions totales en 1995), à 15 p. 100 dans les écoles québécoises. On retrouve moins de différence dans la proportion de garderies licenciées où on interdit de fumer à l'intérieur et à l'extérieur mais elle est encore considérable (de 55 p. 100 à Terre-Neuve et au Manitoba à 24 p. 100 dans les Territoires). L'interdiction de fumer dans les établissements de soins de santé va de 81 p. 100 dans les territoires à seulement 7 p. 100 au Québec. Dans toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve, du Manitoba et de la Saskatchewan, on retrouve plus d'endroits ventilés pour fumer à l'intérieur dans les milieux de soins de santé que d'interdictions de fumer à l'intérieur.

Définitions et méthodes

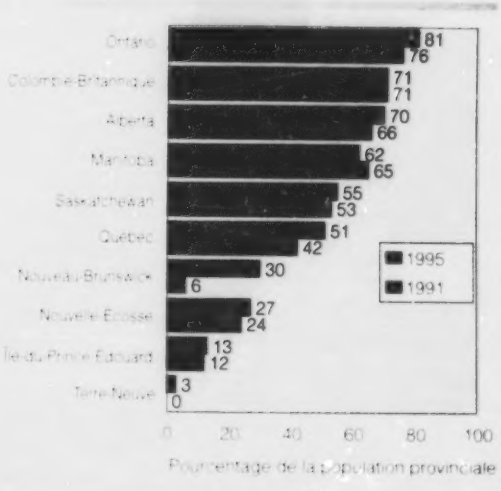
Le sondage portait sur l'analyse détaillée de 269 règlements, recueillis auprès de 698 municipalités. Trente-et-une autres municipalités avaient aussi des règlements, mais elles ne les ont pas fournis pour l'analyse; elles ne sont donc pas incluses au présent rapport. En outre, 397 municipalités déclaraient n'avoir aucune réglementation à cet égard[5].

Ces résultats révèlent la présence de règlements et peuvent traduire la préoccupation des autorités publiques. En l'absence de données sur les mesures d'application toutefois, on ne peut tirer de conclusion sur la protection contre la FTA dont bénéficie vraiment la population. Ces règlements décrivent néanmoins des exigences minimales ; nombre d'organismes, y compris des écoles, des garderies, des hôpitaux et des établissements de soins de santé de longue durée disposent de règlements contre l'usage du tabac plus stricts que ceux des municipalités.

Ouvrages de référence

1. Stephens, T., L.L. Pederson, J.I. Koval et C. Kim, « The relationship of cigarette prices and no-smoking bylaws to the prevalence of smoking in Canada », *American Journal of Public Health*, 1997, n° 87, p. 1519-1521.
2. Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1995*, Bureau du contrôle sur le tabac, Direction générale de la protection de la santé.
3. Stevens, Thomas et associés, et Goss Gilroy Inc., *Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada*, préparé pour Santé Canada, août 1995.
4. Stephens, Thomas et associés, et Goss Gilroy Inc., *A Survey of Smoking Restrictions in Four Settings*, préparé pour Santé Canada, août 1995.
5. Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1991*, Ottawa, Direction générale de la santé de l'environnement, n° de catalogue 46-1/26-1991F.

Figure 12 **Population protégée par des règlements limitant l'usage du tabac dans les lieux publics, selon la province, Canada, 1991 et 1995**



Sources : *Sante Canada. Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1991*. Ottawa : Direction générale de la santé de l'environnement, 1992. n° de catalogue H46-1/26-1991F ; Sante Canada. *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1995*. Bureau du contrôle sur le tabac, Direction generale de la protection de la santé.

Les rapports obtenus sur les restrictions municipales touchant l'usage du tabac dans les écoles, les garderies, les hôpitaux révèlent aussi des différences importantes dans l'étendue de la protection contre la FTA accordée aux employés, aux étudiants, aux patients et aux visiteurs (tableau 12). On retrouve une gamme particulièrement importante d'interdictions de l'usage du tabac dans les écoles qui va de 93 p. 100 dans les écoles ontariennes (où on avait des interdictions totales en 1995), à 15 p. 100 dans les écoles québécoises. On retrouve moins de différence dans la proportion de garderies licenciées où on interdit de fumer à l'intérieur et à l'extérieur mais elle est encore considérable (de 55 p. 100 à Terre-Neuve et au Manitoba à 24 p. 100 dans les Territoires). L'interdiction de fumer dans les établissements de soins de santé va de 81 p. 100 dans les territoires à seulement 7 p. 100 au Québec. Dans toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve, du Manitoba et de la Saskatchewan, on retrouve plus d'endroits ventilés pour fumer à l'intérieur dans les milieux de soins de santé que d'interdictions de fumer à l'intérieur.

Définitions et méthodes

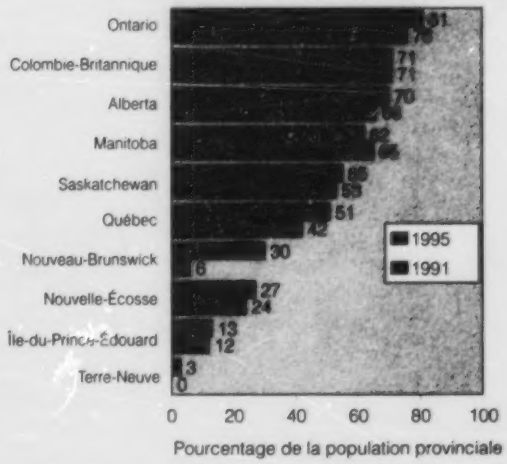
Le sondage portait sur l'analyse détaillée de 269 règlements, recueillis auprès de 698 municipalités. Trente-et-une autres municipalités avaient aussi des règlements, mais elles ne les ont pas fournis pour l'analyse; elles ne sont donc pas incluses au présent rapport. En outre, 397 municipalités déclaraient n'avoir aucune réglementation à cet égard[2].

Ces résultats révèlent la présence de règlements et peuvent traduire la préoccupation des autorités publiques. En l'absence de données sur les mesures d'application toutefois, on ne peut tirer de conclusion sur la protection contre la FTA dont bénéficie vraiment la population. Ces règlements décrivent néanmoins des exigences minimales ; nombre d'organismes, y compris des écoles, des garderies, des hôpitaux et des établissements de soins de santé de longue durée disposent de règlements contre l'usage du tabac plus stricts que ceux des municipalités.

Ouvrages de référence

1. Stephens, T., L.L. Pederson, J.J. Koval et C. Kim, « The relationship of cigarette prices and no-smoking bylaws to the prevalence of smoking in Canada », *American Journal of Public Health*, 1997, n° 87, p. 1519-1521.
2. Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1995*, Bureau du contrôle sur le tabac, Direction générale de la protection de la santé.
3. Stevens, Thomas et associés, et Goss Gilroy Inc., *Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada*, préparé pour Santé Canada, août 1995.
4. Stephens, Thomas et associés, et Goss Gilroy Inc., *A Survey of Smoking Restrictions in Four Settings*, préparé pour Santé Canada, août 1995.
5. Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1991*, Ottawa, Direction générale de la santé de l'environnement, n° de catalogue 46-1/26-1991F.

Figure 12 **Population protégée par des règlements limitant l'usage du tabac dans les lieux publics, selon la province, Canada, 1991 et 1995**



Sources: *Santé Canada, Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1991*, Ottawa : Direction générale de la santé de l'environnement, 1992, n° de catalogue H46-1/26-1991F ; Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1995*, Bureau du contrôle sur le tabac, Direction générale de la protection de la santé.

Tableau 12 **Étendue des politiques restreignant l'usage du tabac dans les écoles et les garderies (interdiction totale à l'intérieur et à l'extérieur) et les établissements de soins de santé, (interdiction à l'intérieur) selon la province ou le territoire, Canada, 1995**

	Écoles	Garderies	Soins de santé
	(%)	(%)	(%)
Canada, total	**65**	**51**	**29**
Terre-Neuve	66	55	44
Île-du-Prince-Édouard	66	50	18
Nouvelle-Écosse	78	48	18
Nouveau-Brunswick	59	47	31
Québec	15	35	7
Ontario	93	53	30
Manitoba	72	55	47
Saskatchewan	65	49	44
Alberta	49	53	28
Colombie-Britannique	67	54	37
Yukon/Territoires du Nord-Ouest	57	24	81

Source: Thomas Stephens et associés et Goss Gilroy Inc., *A Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada*, rédigé pour Santé Canada, août 1995.

13

Exposition à la fumée de tabac ambiante

Introduction

Il y a longtemps que l'on considère l'usage du tabac comme la principale cause évitable de maladie et de mortalité, et le public est de plus en plus conscient des dangers de la fumée de tabac ambiante (FTA) (sujet 37). Les jeunes enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la FTA, lesquels incluent les complications durant la grossesse et un poids insuffisant à la naissance, le risque accru du syndrome de mort subite du nourrisson et d'otite, un sous-développement des poumons accompagné de répercussions éventuelles sur la capacité aérobique, une gravité accrue de l'asthme infantile, voire le déclenchement de cette maladie, ainsi qu'un accroissement des troubles des voies respiratoires inférieures et des symptômes de maladies respiratoires chroniques[1]. Outre ces conséquences, les jeunes non-fumeurs risquent davantage de faire usage du tabac plus tard (sujet 40), de dépendre de la nicotine (sujet 41) et de subir tous les troubles liés au tabagisme (sujets 73 et 79), sans oublier les risques pour le foetus à cause de l'usage du tabac durant la grossesse (sujet 40). Selon les estimations de Santé Canada en 1991, plus de 300 Canadiennes et Canadiens non-fumeurs meurent chaque année de cancer du poumon causé par la FTA[2]. Les chercheurs américains estiment qu'au moins dix fois plus de non-fumeurs meurent de maladies du coeur liées à la FTA que du cancer du poumon[3].

Le présent chapitre décrit le type de restrictions imposées aux fumeurs au foyer, l'exposition des enfants à la FTA au foyer ainsi que l'exposition des non-fumeurs à la FTA, où qu'ils se trouvent.

Fréquence des restrictions à la maison et exposition éventuelle à la FTA, 1995

En 1995, on dénombrait quelque 5,7 millions de fumeurs faisant un usage quotidien du tabac au Canada[4]. Seulement 24 p. 100 d'entre eux font face à des restrictions quelconques à la maison, qu'il s'agisse d'interdiction partielle ou complète, d'autodiscipline ou d'interdiction par suite d'une entente familiale ou imposée par le propriétaire (tableau 13a)[4]. Environ 5,1 millions de fumeurs quotidiens vivent dans des foyers où ils ne sont pas assujettis à une interdiction de fumer complète à la maison. Plus du quart (27 p. 100) de ces derniers vivent dans des foyers où habite au moins un enfant de moins de 14 ans, et 15 p. 100 des fumeurs habitent avec deux enfants ou plus (tableau 13b)[4]. Cela signifie que 1,4 million d'enfants sont potentiellement exposés à la FTA, une baisse par rapport aux 1,8 million d'enfants en 1994[5] (les questions étaient cependant différentes).

En 1995, 4,5 millions de Canadiennes et de Canadiens non-fumeurs âgés de 15 ans et plus étaient exposés à la fumée de tabac quotidiennement, dans un endroit ou un autre[6]. Même si 20 p. 100 des adultes non-fumeurs vivaient avec un fumeur, 11 p. 100 des non-fumeurs seulement (1,8 million de personnes) habitaient un foyer où ils étaient exposés quotidiennement à de la fumée secondaire, parce que ce n'était pas tous les fumeurs qui fumaient en leur présence chaque jour.

Près du quart des femmes enceintes (24 p. 100) fumaient durant leur grossesse en 1994-95, et 84 p. 100 d'entre elles ont fumé durant toute leur grossesse. Elles fumaient en moyenne 10,1 cigarettes par jour[7].

Il n'y a pas de données internationales permettant de comparer la situation du Canada à celle d'autres pays en 1995.

Différences entre les groupes

En général, les fumeurs masculins faisant un usage quotidien du tabac sont légèrement plus susceptibles d'être soumis à un type d'interdiction de fumer à la maison que les fumeuses (26 p. 100 contre 23 p. 100), ce qui est aussi le cas de la plupart des groupes d'âge (tableau 13a)[4]. Les fumeurs de moins de 45 ans qui font un usage quotidien du tabac ont plus de restrictions que les plus de 45 ans. Quelque 30 p. 100 des fumeurs de 25 à 44 ans font face à une interdiction de fumer à la maison, comparativement à environ 15 p. 100 des Canadiens âgés de 55 ans et plus.

Presque une fumeuse sur trois qui fait un usage quotidien du tabac et qui n'est pas soumise à une interdiction totale de fumer à la maison a potentiellement exposé un enfant à la FTA, contre un peu plus d'un fumeur faisant un usage quotidien sur cinq dans la même situation (tableau 13b)[4]. Cela est en partie attribuable au fait qu'un plus grand nombre de femmes restent à la maison pour s'occuper des enfants. Presque la moitié des fumeurs de 25 à 44 ans qui font un usage quotidien du tabac et qui ne sont pas soumis à une interdiction totale de fumer au foyer exposent potentiellement au moins un enfant à la FTA, à la maison. Il s'agit aussi du groupe d'âge qui consomme le plus grand nombre de cigarettes par jour (sujet 40). Par conséquent, ce groupe d'âge expose potentiellement au moins 1,2 million d'enfants à la FTA au foyer. Les fumeurs plus jeunes et plus âgés faisant un usage quotidien du tabac et non soumis à une interdiction totale de fumer à la maison sont les moins susceptibles d'exposer potentiellement des enfants à la FTA.

Parmi les non-fumeurs, 13 p. 100 des femmes et 9 p. 100 des hommes sont exposés à la fumée secondaire à la maison. Environ 22 p. 100 des adolescents non-fumeurs âgés de 15 à 19 ans sont exposés quotidiennement à la fumée secondaire au foyer[6].

Plus le niveau d'instruction du fumeur faisant un usage quotidien du tabac est élevé, plus la probabilité est grande d'observer une interdiction quelconque de fumer à la maison (tableau 13a)[4]. Les diplômés universitaires qui font un usage quotidien du tabac sont deux fois plus susceptibles d'obéir à certaines restrictions quant à l'usage du tabac à la maison que les fumeurs n'ayant pas terminé leurs études secondaires. Cela concorde avec la sensibilisation aux problèmes de santé liés à la FTA, qui augmente avec le niveau d'instruction (sujet 37).

Les personnes ayant terminé des études secondaires ou collégiales qui fument quotidiennement à la maison sans qu'on leur impose une interdiction totale sont les plus susceptibles d'exposer potentiellement au moins un enfant à la FTA, tandis que les fumeurs faisant un usage quotidien du tabac dont le niveau d'instruction est inférieur ou supérieur le sont moins (tableau 13b)[4]. Au moins 340 000 enfants sont potentiellement exposés à la FTA de fumeuses ayant terminé leurs études secondaires, soit le groupe de femmes de ce niveau d'instruction le plus important n'étant soumis à aucune interdiction de fumer à la maison où l'on compte au moins un enfant.

Au niveau provincial, environ le tiers des fumeurs faisant un usage quotidien du tabac en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique, obéissent à certaines restrictions à la maison, contre seulement 18 p. 100 de ceux du Québec et environ 20 p. 100 de ceux du Manitoba (tableau 13a)[4]. Les provinces des Prairies se trouvent sous la moyenne nationale en ce qui concerne les restrictions sur l'usage du tabac à la maison, tandis que les provinces de l'Atlantique et l'Ontario sont bien au-dessus de la moyenne.

Environ le tiers des fumeurs qui font un usage quotidien du tabac à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan exposent potentiellement au moins un enfant à la FTA à la maison (tableau 13b)[4]. Les fumeurs des Prairies et du Québec sont légèrement au-dessus de la moyenne nationale à cet égard. Les fumeurs québécois faisant un usage quotidien du tabac sans restriction exposent *au moins* 491 000 enfants à la FTA au foyer, soit le groupe le plus important parmi les provinces (figure 13)[4].

Définitions et méthodes

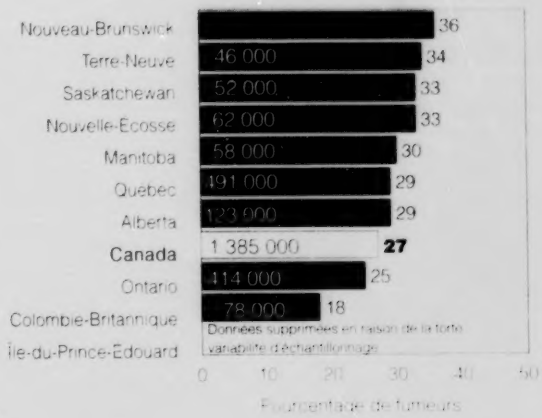
Ces données proviennent du *cycle 10* de l'*Enquête sociale générale* de 1995 de Statistique Canada. Elles ont été recueillies chaque mois, de janvier à décembre 1995[4]. Les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest ainsi que les personnes vivant en établissement ne sont pas représentés. On a interviewé 10 749 personnes au téléphone, âgées de 15 ans et plus. L'expression « fumeur faisant un usage quotidien du tabac » exclut les fumeurs occasionnels, et « restriction» désigne toutes les sources d'interdiction. La présence d'enfants dans un foyer où habite un fumeur n'ayant aucune restriction quant à l'usage du

tabac ne signifie pas nécessairement que ce sont les siens ou qu'ils ont été exposés à la FTA.

Ouvrages de référence

1. U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Amoung Young People: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
2. Makomaski Illing, E.M, et M.J. Kaiserman, « Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1991 », *Revue canadienne de santé publique*, 1995, vol. 86, n° 4, p. 257-265.
3. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Environmental Protection Agency, *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders-The Report of the U.S. Environmental Protection Agency*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1993.
4. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 10 : la famille (1995)*, totalisations spéciales réalisées par la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
5. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 2, 1994*. Première analyse effectuée par la Division de la coordination et de l'accès à l'information, Santé Canada.
6. Clark, W., « L'exposition à la fumée secondaire », Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes*, été 1998, n° 49: p. 2-5, n° de catalogue 11-008-XPF.
7. Connor, S.K. et L. McIntyre, *How Tobacco and Alcohol Affect Newborn Children*. Investing in Children, A National Research Conference, Ottawa, octobre 1998.

Figure 13 **Fumeurs faisant un usage quotidien du tabac à la maison, sans interdiction complète, en présence d'au moins un enfant de moins de 15 ans à domicile, par province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1995**



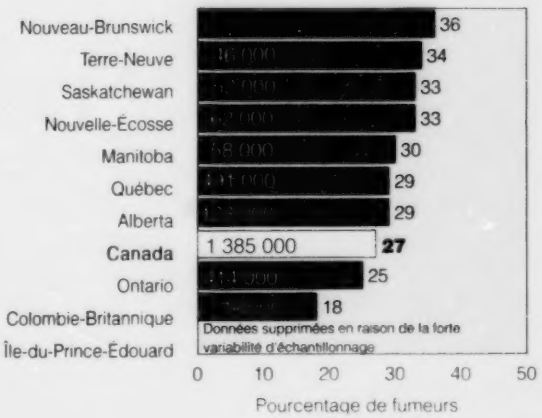
Source: Statistique Canada. *Enquête sociale générale de 1995. Cycle 10*, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales, du logement et des familles

tabac ne signifie pas nécessairement que ce sont les siens ou qu'ils ont été exposés à la FTA.

Ouvrages de référence

1. U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Amoung Young People: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
2. Makomaski Illing, E.M, et M.J. Kaiserman, « Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1991 », *Revue canadienne de santé publique*, 1995, vol. 86, n° 4, p. 257-265.
3. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Environmental Protection Agency, *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders-The Report of the U.S. Environmental Protection Agency*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1993.
4. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 10 : la famille (1995)*, totalisations spéciales réalisées par la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
5. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 2, 1994*. Première analyse effectuée par la Division de la coordination et de l'accès à l'information, Santé Canada.
6. Clark, W., « L'exposition à la fumée secondaire », Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes*, été 1998, n° 49: p. 2-5, n° de catalogue 11-008-XPF.
7. Connor, S.K. et L. McIntyre, *How Tobacco and Alcohol Affect Newborn Children*. Investing in Children, A National Research Conference, Ottawa, octobre 1998.

Figure 13 **Fumeurs faisant un usage quotidien du tabac à la maison, sans interdiction complète, en présence d'au moins un enfant de moins de 15 ans à domicile, par province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1995**



Source: Statistique Canada, *Enquête sociale générale de 1995, Cycle 10*, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

Tableau 13a **Fumeurs faisant un usage quotidien du tabac à la maison avec certaines restrictions, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction[a] et la province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1995**

	Estimé de population	Certaines restrictions à l'usage du tabac à la maison
	(en milliers)	(%)
Total, 15 ans ou +	**5 730**	**24**
Hommes	2 970	26
Femmes	2 760	23
Total, 15 à 19 ans	421	28
Hommes	229	33
Femmes	192	22
Total, 20 à 24 ans	603	25
Hommes	331	24
Femmes	272	27
Total, 25 à 34 ans	1 456	29
Hommes	752	28
Femmes	704	30
Total, 35 à 44 ans	1 429	28
Hommes	724	30
Femmes	705	26
Total, 45 à 54 ans	887	19
Hommes	476	24
Femmes	411	15
Total, 55 à 64 ans	568	15
Hommes	271	17
Femmes	297	13
Total, 65 ans ou +	366	13
Hommes	188	#
Femmes	178	#
Inférieur au secondaire	1 810	18
Secondaire	2 214	26
Collégial	1 250	28
Universitaire	442	36
Terre-Neuve	148	29
Île-du-Prince-Édouard	27	34
Nouvelle-Écosse	224	34
Nouveau-Brunswick	165	28
Québec	1 795	18
Ontario	1 921	27
Manitoba	218	20
Saskatchewan	181	23
Alberta	500	23
Colombie-Britannique	551	33

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Non normalisé en fonction de l'âge.

Source: Statistique Canada, *Enquête sociale générale de 1995, Cycle 10*, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

Tableau 135 **Fumeurs faisant un usage quotidien du tabac à la maison sans interdiction complète, selon le nombre d'enfants de 14 ans ou moins, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et la province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1995**

	Estimé de population	Nombre d'enfants de 0 à 14 ans			
		0	1+	1	2+
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**5 092**	**73**	**27**	**13**	**15**
Hommes	2 575	78	22	11	11
Femmes	2 517	68	32	14	18
Total, 15 à 19 ans	338	96	#	#	#
Hommes	175	99	#	#	#
Femmes	164	93	#	#	#
Total, 20 à 24 ans	510	84	16	11	#
Hommes	292	95	#	#	#
Femmes	218	71	29	20	#
Total, 25 à 34 ans	1 259	54	46	17	29
Hommes	642	66	34	14	21
Femmes	616	42	58	21	37
Total, 35 à 44 ans	1 258	52	48	21	2
Hommes	611	55	45	21	24
Femmes	647	49	51	21	31
Total, 45 à 54 ans	834	88	12	10	#
Hommes	430	86	14	12	#
Femmes	404	90	10	9	#
Total, 55 à 64 ans	541	98	#	#	–
Hommes	246	97	#	#	–
Femmes	295	98	#	#	–
Total, 65 ans ou +	350	100	–	–	–
Hommes	177	100	–	–	–
Femmes	173	100	–	–	–
Inférieur au secondaire	1 660	77	23	11	12
Secondaire	1 963	71	29	13	17
Collégial	1 074	69	31	14	17
Universitaire	380	76	24	13	11
Terre-Neuve	134	66	34	16	18
Île-du-Prince-Édouard	22	77	#	#	#
Nouvelle-Écosse	190	67	33	15	17
Nouveau-Brunswick	155	64	36	20	16
Québec	1 691	71	29	14	15
Ontario	1 681	75	25	11	13
Manitoba	199	71	30	14	16
Saskatchewan	156	67	33	#	25
Alberta	431	72	29	14	15
Colombie-Britannique	433	82	18	#	13

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête sociale générale de 1995, Cycle 10*, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales, du logement et des familles.

14

Qualité de l'air

Introduction

La pollution de l'environnement préoccupe beaucoup la majorité des Canadiennes et des Canadiens. La moitié aux deux tiers d'entre eux, de 1987 à 1996, se sont déclarés, chaque année, très inquiets de la qualité de l'air[1]. Le quart des adultes canadiens croient que leur santé est grandement affectée par la pollution, et c'est la qualité de l'air qui les préoccupe le plus (37 p. 100), plus que la nourriture (14 p. 100) ou l'eau (14 p. 100)[1]. Des études récentes confirment ces inquiétudes et montrent une hausse du taux de mortalité en présence de niveaux élevés de smog[2]. C'est peut-être à cause de cela qu'un grand nombre de Canadiens affirment prendre des mesures pour protéger l'environnement (sujet 39).

Le présent chapitre décrit les niveaux de pollution atmosphérique des grands centres urbains du pays, tels qu'ils sont mesurés par Environnement Canada, de même que l'évolution de ceux-ci au fil des années et les indicateurs de qualité de l'air connexes.

La qualité de l'air en 1993

En 1993 (dernière année de données disponibles), la quantité d'ozone au niveau du sol et de particules aéroportées, deux composantes importantes du smog, était en hausse, à l'opposé des niveaux de monoxyde de carbone (CO), de dioxyde d'azote (NO_2) et d'anhydride sulfureux, qui ne cessent de diminuer au fil des années (figure 14a)[3].

Entre 1979 et 1993, la quantité moyenne d'ozone au niveau du sol a augmenté de 29 p. 100, tandis que celle des particules aéroportées a diminué de 38 p. 100, baisse attribuable à des voitures et à des industries qui polluent moins et à une meilleure surveillance de la combustion à ciel ouvert. Cependant, cette tendance favorable s'est renversée en 1992, de sorte qu'en 1993, les niveaux se rapprochaient de ceux de 1989. On a alors commencé à se soucier de nouveau des particules fines[3].

Au cours de la même période, les niveaux d'anhydride sulfureux ont diminué, par suite de la réduction des émissions en provenance des fonderies et des centrales, grâce au Programme de lutte contre les pluies acides[3]. Les niveaux de CO et de NO_2 ont chuté de 56 p. 100 et de 28 p. 100 respectivement, malgré une hausse estimée de 13 p. 100 du nombre de kilomètres voyageurs.

Différences entre les régions

Les quantités d'ozone au niveau du sol ont été dépassées le plus souvent dans le corridor Québec-Windsor, et dans une large mesure par rapport aux trois autres régions du Canada, chaque année entre 1979 et 1993, à l'exception de deux années (tableau 14)[3]. Au cours des quatre dernières années pour lesquelles on dispose de données, la Colombie-Britannique et les Prairies ont enregistré annuellement moins d'une heure de niveaux excessifs d'O_3, comparativement à environ 12 heures dans le Canada central. Les zones rurales n'échappent pas à la pollution, et l'on a enregistré des quantités élevées d'ozone au niveau du sol dans la vallée du Fraser (Colombie-Britannique), le Parc national Fundy (Nouveau-Brunswick) et le Parc national Kejimkujik (Nouvelle-Écosse)[3].

Les niveaux de soufre de l'essence varient beaucoup d'une région à l'autre (figure 14b)[4], ce qui peut expliquer la répartition du smog au pays. L'Ontario présente les niveaux de soufre les plus élevés, de même que la plus forte concentration de véhicules. Les niveaux de soufre enregistrés dans cette province sont presque le double de ceux d'Europe et des États-Unis, et près de *20 fois* ceux de la Californie. Les niveaux de soufre canadiens sont, en moyenne, plus élevés que ceux de l'Europe, des États-Unis et du

Japon, mais ça devrait changer : en octobre 1998, le Ministre fédéral de l'Environnement annonçait que les niveaux canadiens devraient être réduits à 150 parties par million (ppm) en moyenne en 2002 jusqu'à 30 parties par million – le niveau californien – en 2005[5]. Ceci amènerait le niveau de soufre de l'essence au Canada parmi l'un des plus bas au monde.

La hausse des taux de mortalité liée au smog varie également beaucoup selon les régions, de 11 p. 100 à Québec, soit 0,9 décès additionnels, à 3,6 p. 100 à Windsor et à Edmonton (figure 14c)[2].

Définitions et méthodes

Le *Réseau national de surveillance de la pollution atmosphérique* (RNSPA) surveille et mesure la qualité de l'air ambiant des villes canadiennes. La plupart des postes du RNSPA surveillent les cinq principaux polluants atmosphériques, soit l'anhydride sulfureux, le dioxyde d'azote et l'ozone au niveau du sol, dont ils présentent les moyennes horaires prises chaque heure durant l'année ; le monoxyde de carbone, dont le niveau correspond à des moyennes chevauchantes de huit heures, prises chaque heure durant l'année ; et la quantité totale de particules en suspension, qui provient de mesures d'échantillons de 24 heures pris tous les six jours, à chaque poste[3].

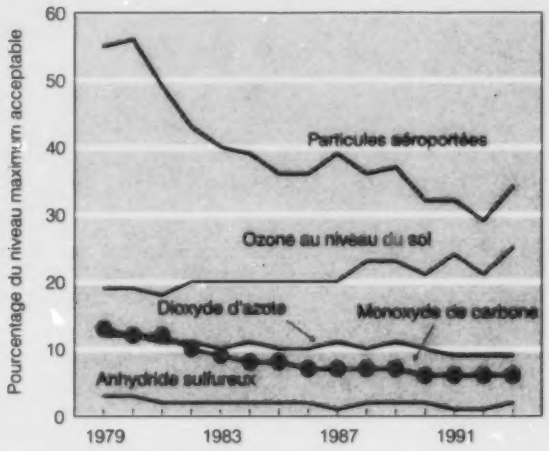
Des organismes fédéraux, provinciaux et municipaux ont défini conjointement des objectifs nationaux de qualité de l'air pour les cinq principaux polluants atmosphériques. On a déterminé trois niveaux d'objectifs en ce qui concerne les teneurs en polluants : désirable, acceptable et tolérable. La figure 14a présente le pourcentage du niveau maximum acceptable atteint par les cinq polluants les plus communs.

Il faudrait étudier davantage la question de la représentativité de sites d'échantillonnage donnés relativement à la qualité de l'air d'une ville. Il est peut-être impossible de définir la qualité de l'air d'une ville seulement en s'appuyant sur les données d'un seul poste, ce qui rend plus difficile la comparaison des niveaux de pollution entre différentes villes. Il faut être très prudent à ce chapitre. Les données brossent un tableau de la qualité de l'air aux environs de chaque poste d'échantillonnage, ce qui ne veut pas dire que cela s'applique à la qualité de l'air de toute la collectivité. Une série chronologique peut toutefois représenter adéquatement le changement.

Ouvrages de référence

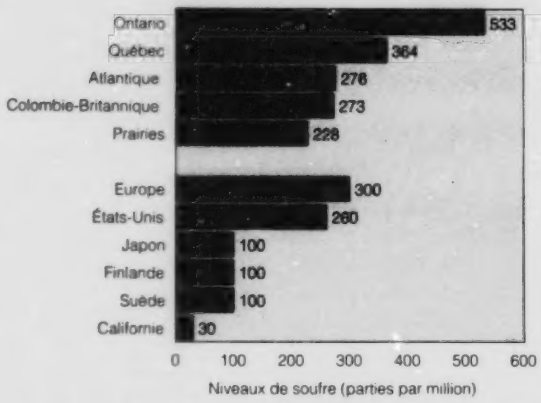
1. Environics Research Group Ltd, *The Environmental Monitor*, 1996, Toronto.
2. Burnett, R., S. Cakmak et J.R. Brook, « The effect of urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Revue canadienne de santé publique, 1998*, n° 89, p. 152-156.
3. Environnement Canada, *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux du Canada*, août 1998. Consultez le site Internet d'Environnement Canada: (http://www.ec.gc.ca).
4. Mittlestaedt M., *Canadian gasoline found to fuel smog*, The Globe and Mail, 7 mars 1998 (selon des données d'Environnement Canada).
5. *Sulphur level in gas to be cut*, The Globe and Mail, 23 octobre 1998.

Figure 14a **Niveaux des cinq principaux polluants atmosphériques, Canada, 1979–1993**



Source: Environnement Canada, *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux*, août 1998.

Figure 14b. **Niveaux de soufre dans l'essence, diverses régions, 1995–1996**



Source: Mittlestaedt M, Canadian gasoline found to fuel smog, *The Globe and Mail*, 7 mars, 1998 (selon des données d'Environnement Canada).

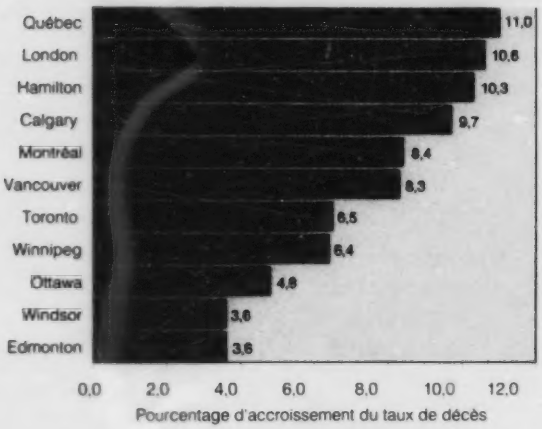
Tableau 14. **Nombre d'heures où la norme d'ozone a été excédée, selon la région, Canada, 1979–1994**

	Canada	Canada Atlantique	Canada central	Prairies	Colombie Britannique
1979	25,2		28,2	9,0	39,0
1980	21,1	12,6	30,1	1,4	16,5
1981	20,5	5,9	25,7	5,4	25,4
1982	10,4	4,0	14,5	3,6	6,5
1983	26,3	0,0	42,4	0,7	8,1
1984	14,4	47,8	16,3	7,5	2,8
1985	8,9	1,3	12,5	0,2	8,8
1986	8,3	0,0	12,6	0,4	2,9
1987	12,0	9,0	19,5	0,9	0,2
1988	51,0	8,2	83,0	0,9	10,2
1989	13,9	9,5	22,5	1,5	1,0
1990	8,8	7,1	12,8	0,6	4,3
1991	14,8	8,5	25,0	0,4	0,0
1992	4,9	0,5	8,5	0,0	0,0
1993	3,1	0,3	5,5	0,3	0,0
1994	6,5	2,5	10,5	0,7	1,0

[a] Corridor Windsor-Québec.

Source: Environnement Canada, *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux du Canada*, août 1998.

Figure 14c. **Accroissement du taux de décès relié à une pollution atmosphérique élevée, selon la ville, Canada, 1980–1991**



Source: R. Burnett , S. Cakmak , et J.R. Brook , The effect of urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities, *Revue canadienne de santé publique* 1998 ; nº 89 : p. 152-156.

Japon, mais ça devrait changer : en octobre 1998, le Ministre fédéral de l'Environnement annonçait que les niveaux canadiens devraient être réduits à 150 parties par million (ppm) en moyenne en 2002 jusqu'à 30 parties par million – le niveau californien – en 2005[5]. Ceci amènerait le niveau de soufre de l'essence au Canada parmi l'un des plus bas au monde.

La hausse des taux de mortalité liée au smog varie également beaucoup selon les régions, de 11 p. 100 à Québec, soit 0,9 décès additionnels, à 3,6 p. 100 à Windsor et à Edmonton (figure 14c)[2].

Définitions et méthodes

Le *Réseau national de surveillance de la pollution atmosphérique* (RNSPA) surveille et mesure la qualité de l'air ambiant des villes canadiennes. La plupart des postes du RNSPA surveillent les cinq principaux polluants atmosphériques, soit l'anhydride sulfureux, le dioxyde d'azote et l'ozone au niveau du sol, dont ils présentent les moyennes horaires prises chaque heure durant l'année ; le monoxyde de carbone, dont le niveau correspond à des moyennes chevauchantes de huit heures, prises chaque heure durant l'année ; et la quantité totale de particules en suspension, qui provient de mesures d'échantillons de 24 heures pris tous les six jours, à chaque poste[3].

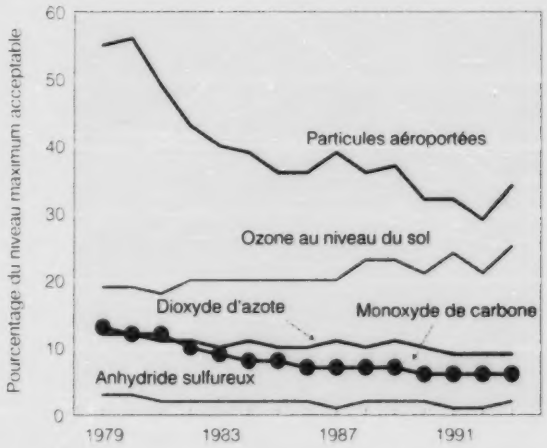
Des organismes fédéraux, provinciaux et municipaux ont défini conjointement des objectifs nationaux de qualité de l'air pour les cinq principaux polluants atmosphériques. On a déterminé trois niveaux d'objectifs en ce qui concerne les teneurs en polluants : désirable, acceptable et tolérable. La figure 14a présente le pourcentage du niveau maximum acceptable atteint par les cinq polluants les plus communs.

Il faudrait étudier davantage la question de la représentativité de sites d'échantillonnage donnés relativement à la qualité de l'air d'une ville. Il est peut-être impossible de définir la qualité de l'air d'une ville seulement en s'appuyant sur les données d'un seul poste, ce qui rend plus difficile la comparaison des niveaux de pollution entre différentes villes. Il faut être très prudent à ce chapitre. Les données brossent un tableau de la qualité de l'air aux environs de chaque poste d'échantillonnage, ce qui ne veut pas dire que cela s'applique à la qualité de l'air de toute la collectivité. Une série chronologique peut toutefois représenter adéquatement le changement.

Ouvrages de référence

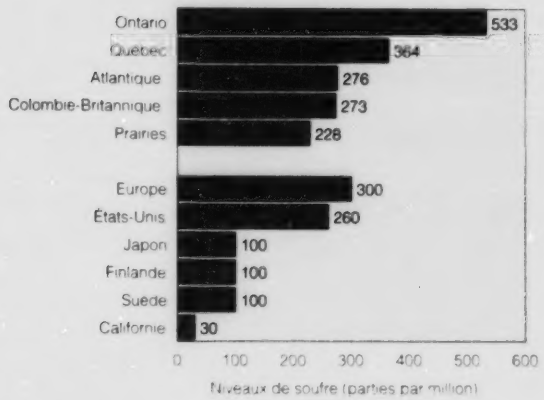
1. Environics Research Group Ltd, *The Environmental Monitor*, 1996, Toronto.
2. Burnett, R., S. Cakmak et J.R. Brook, « The effect of urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Revue canadienne de santé publique, 1998*, n° 89, p. 152-156.
3. Environnement Canada, *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux du Canada*, août 1998. Consultez le site Internet d'Environnement Canada: (http://www.ec.gc.ca).
4. Mittlestaedt M., *Canadian gasoline found to fuel smog*, The Globe and Mail, 7 mars 1998 (selon des données d'Environnement Canada).
5. *Sulphur level in gas to be cut*, The Globe and Mail, 23 octobre 1998.

Figure 14a **Niveaux des cinq principaux polluants atmosphériques, Canada, 1979–1993**



Source: Environnement Canada, *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux*, août 1998.

Figure 14b **Niveaux de soufre dans l'essence, diverses régions, 1995–1996**



Source: Mittlestaedt M, Canadian gasoline found to fuel smog. *The Globe and Mail*, 7 mars, 1998 (selon des données d'Environnement Canada).

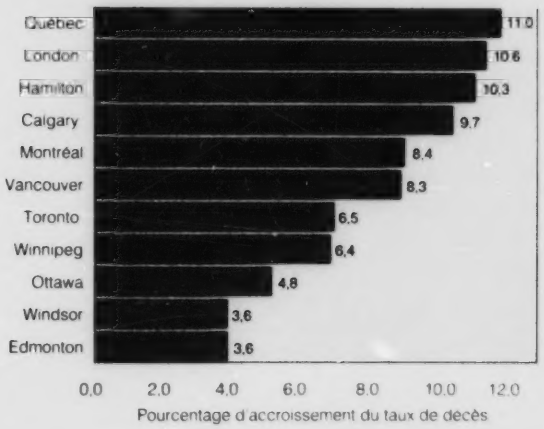
Tableau 14 **Nombre d'heures où la norme d'ozone a été excédée, selon la région, Canada, 1979–1994**

	Canada	Canada Atlantique	Canada central[a]	Prairies	Colombie-Britannique
1979	25,2		28,2	9,0	39,0
1980	21,1	12,6	30,1	1,4	16,5
1981	20,5	5,9	25,7	5,4	25,4
1982	10,4	4,0	14,5	3,6	6,5
1983	26,3	0,0	42,4	0,7	8,1
1984	14,4	47,8	16,3	7,5	2,8
1985	8,9	1,3	12,5	0,2	8,8
1986	8,3	0,0	12,6	0,4	2,9
1987	12,0	9,0	19,5	0,9	0,2
1988	51,0	8,2	83,0	0,9	10,2
1989	13,9	9,5	22,5	1,5	1,0
1990	8,8	7,1	12,8	0,6	4,3
1991	14,8	8,5	25,0	0,4	0,0
1992	4,9	0,5	8,5	0,0	0,0
1993	3,1	0,3	5,5	0,3	0,0
1994	6,5	2,5	10,5	0,7	1,0

[a] Corridor Windsor-Québec.

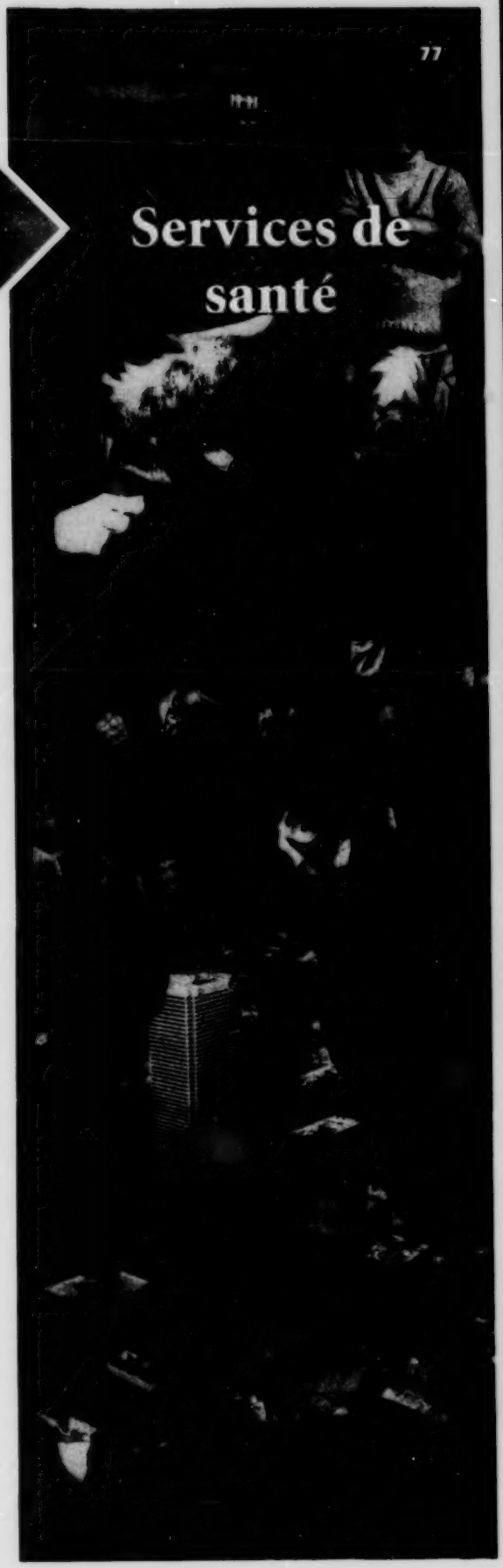
Source: Environnement Canada. *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux du Canada*, août 1998.

Figure 14c **Accroissement du taux de décès relié à une pollution atmosphérique élevée, selon la ville, Canada, 1980–1991**



Source: R. Burnett , S. Cakmak , et J.R. Brook , The effect of urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities, *Revue canadienne de santé publique* 1998 ; n° 89 : p. 152-156.

Services de santé



Vingt-cinq ans se sont écoulés depuis la parution de Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, *où l'on tentait d'amener le mode de vie et l'environnement au niveau des services de santé en tant que facteurs déterminants en matière de santé. On sait toutefois que les Canadiennes et les Canadiens sont très attachés à leur système de soins de santé, qu'ils en sont fiers et, depuis quelque temps, qu'ils se soucient de son avenir. Le présent chapitre décrit certains aspects de ce système, notamment les habitudes de la population au regard de la prévention et du dépistage précoce de la maladie. On y aborde diverses questions, notamment celles des besoins non comblés et de la difficulté d'obtenir des services, l'usage des médicaments, l'accès aux services*

d'urgence et les soins aux malades hospitalisés. Le chapitre se termine par un aperçu des coûts du système de soins de santé.

Aperçu

Dans l'ensemble, les sujets traités dans cette section révèlent les bouleversements qui ont marqué la prestation des soins de santé au Canada ces dernières années. On ne peut toutefois conclure dans ces chapitres, basés seulement sur les données de la population générale, que ces changements ont occasionné des problèmes d'accès. Pour ce faire, il faudrait examiner les données plus en profondeur et se renseigner auprès d'autres sources.

Malgré l'accroissement continu des coûts généraux relatifs aux soins de santé au Canada (sujet 29), la récente hausse annuelle est moins élevée que ne l'ont été les hausses de 1975 à 1991. L'augmentation des coûts se poursuit cependant en ce qui concerne les médicaments, et cela est manifeste dans le contexte élargi de l'utilisation des médicaments, y compris la médication multiple simultanée (sujet 24). La hausse des coûts des soins hospitaliers et des médecins a ralenti plus que celle d'autres dépenses de santé, ce dont témoigne la baisse importante du recours aux cliniques d'urgence (sujet 26) et des soins des patients hospitalisés (sujet 27).

La majorité des Canadiennes et des Canadiens subissent régulièrement divers examens – tension artérielle (sujet 18), dentition (sujet 21), seins (mammographie) (sujet 17) ou tests de Pap (sujet 16) –, ainsi qu'un examen médical annuel (sujet 22), mais une minorité seulement ont un examen annuel de la vue (sujet 23). Les taux d'immunisation des enfants sont généralement élevés, mais seulement la moitié des aînés ont déclaré avoir été récemment vaccinés contre la grippe (sujet 15). L'assurance-lunettes, l'assurance-soins dentaires et l'assurance-médicaments se trouvent surtout parmi la population active, et sont nettement plus fréquentes dans les groupes à revenu élevé. Le recours réel à des services de prévention est également lié au revenu et au niveau d'instruction, mais dans une moindre mesure. La fréquence d'un an au regard de soins de santé non comblés était de 5 p. 100 en 1996-1997, mais 1 p. 100 ou moins des personnes déclare *avoir éprouvé* des difficultés à obtenir des soins dentaires, une mammographie, un examen des seins, voire un examen médical complet.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

La combinaison de données administratives en provenance de l'Institut canadien d'information sur la santé et d'enquêtes sur la population de Statistique Canada nous permet de brosser un tableau assez complet du recours aux services de santé au Canada. On trouve bien d'autres données sur le système de soins de santé, dont le présent rapport ne fait pas état. À l'heure actuelle, nous n'avons pas besoin d'autres données, mais d'une *analyse*, notamment sur des questions importantes comme (a) le lien entre le recours aux soins dentaires, aux médicaments et aux lunettes, et la couverture des assurances individuelles, (b) l'état de santé des personnes qui déclarent avoir des besoins de santé non comblés et celles qui consultent très souvent un médecin, (c) l'état de santé et les caractéristiques sociales des personnes ayant recours à des mesures de prévention à une fréquence sous la normale et (d) les habitudes de recours aux services relativement à des changements à l'échelle provinciale en matière de disponibilité de ces services.

15

Immunisation

Introduction

Les programmes d'immunisation canadiens sont axés sur les enfants et, dans une moindre mesure, sur les personnes âgées. Il est essentiel d'immuniser les enfants pour les protéger de diverses maladies invalidantes, voire mortelles (sujet 69). Les programmes d'immunisation à l'intention des aînés visent surtout à atténuer la gravité de la maladie, notamment de la grippe.

Le présent chapitre fait état de données sur les divers niveaux d'immunisation des enfants et des personnes âgées au Canada.

Fréquence de l'immunisation

En 1997, la proportion d'enfants de deux ans ayant reçu l'immunisation appropriée pour leur âge se situait à 94 p. 100 contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (soit au moins une dose contre la rougeole administrée au premier anniversaire ou après), à 85 p. 100 contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (4 doses), à 86 p. 100 contre la poliomyélite (3 doses ou plus), et à 74 p. 100 contre l'Haemophilus influenzae type B (4 doses) (tableau 15a)[1]. Les tendances depuis 1994 indiquent une hausse modeste mais constante des taux d'immunisation contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, et un taux élevé d'immunisation contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Le vaccin conjugué contre l'Haemophilus influenzae type B continue d'être le vaccin le moins administré aux enfants de ce groupe d'âge, et cela est principalement attribuable à son intégration récente (1992) au programme d'immunisation des enfants.

Si les données relatives aux enfants de 7 ans montrent un taux d'immunisation accru comparativement aux taux à deux ans (tableau 15b)[1], il n'en demeure pas moins que nombre d'enfants n'ont pas été immunisés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (immunisation à 75 p. 100) et contre la poliomyélite (immunisation à 85 p. 100).

Le vaccin antigrippal est recommandé pour les personnes de 65 ans et plus ainsi que d'autres groupes à risque élevé, notamment les personnes immunodéprimées. En 1996-1997, 51 p. 100 des personnes de 65 ans et plus ont déclaré avoir été vaccinées contre la grippe au cours de l'année précédant l'enquête (tableau 15c)[2]. On ne dispose pas de données sur les autres groupes à risque élevé.

Différences entre les groupes

Les échantillons des enquêtes sur les enfants ont été obtenus d'enquêtes postales nationales menées par Santé Canada. Ils sont trop petits pour mesurer les différences interprovinciales, et les données de l'*Enquête* de 1997 insuffisantes pour évaluer la fréquence de l'immunisation à deux doses contre la rougeole de ce groupe d'âge, en raison de la mise en oeuvre récente (et progressive dans certains cas) de cette stratégie.

Le Canada continue de se rapprocher de son objectif d'éliminer la rougeole d'ici l'an 2005. Les provinces et les territoires ont maintenant le programme de vaccination universelle à deux doses contre cette maladie, et les trois quarts ont achevé leur programme de rattrapage à cet égard. Au milieu de 1998, toutes les provinces/territoires avaient remplacé le vaccin à virus complet contre la coqueluche par le vaccin acellulaire. À présent, les jeunes Canadiens peuvent recevoir le vaccin acellulaire plus sûr contre la coqueluche en un seul combiné qui les protège contre cinq maladies infantiles, soit la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DtaP), l'Haemophilus influenza type B (Hib) et la poliomyélite (vaccin antipoliomyélitique trivalent inactif - VPTI). De même, depuis le début de l'automne de 1998, les provinces et territoires ont tous mis sur pied un programme scolaire de vaccination contre l'hépatite B. On a publié des directives

nationales au sujet des programmes d'immunisation des enfants en 1997[3], et la cinquième édition du *Guide canadien d'immunisation* a paru en septembre 1998[4].

Chez les aînés, l'immunisation contre la grippe est liée à l'âge : 47 p. 100 des Canadiens de 65 à 74 ans ont déclaré avoir reçu un vaccin antigrippal au cours de l'année précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (tableau 15c)[2] ce qui n'est pas très différent du pourcentage de 43 p. 100 rapporté lors de l'enquête de 1990-1991[5]. En 1996-1997, le taux d'immunisation récente a atteint 58 p. 100 chez les 75 ans et plus, une hausse par rapport aux 47 p. 100 en 1990-1991. Dans tous les groupes d'âge, le taux de vaccination antigrippale est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et il n'y a pas vraiment d'écart selon le niveau d'instruction (tableau 15c).

Les comparaisons entre les provinces relativement aux taux d'immunisation chez les aînés indiquent des écarts importants en ce qui concerne les vaccins antigrippaux au cours de l'année précédant l'enquête, de 60 p. 100 en Nouvelle-Écosse et en Ontario, à 34 p. 100 au Québec (figure 15)[2].

Définitions et méthodes

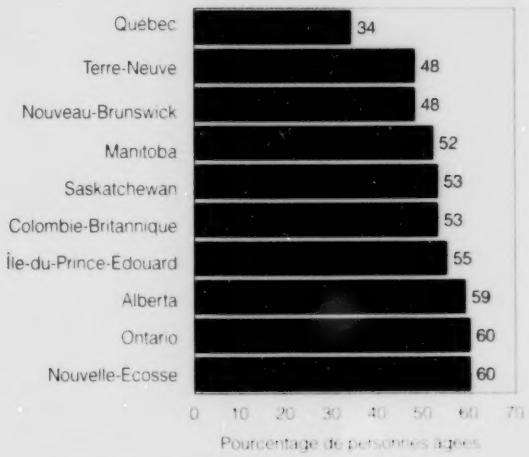
Les données sur l'immunisation des enfants s'appuient sur une série d'enquêtes postales nationales menées par Santé Canada de 1994 à 1997, auprès de ménages comptant des enfants de deux ans (échantillons de 534 à 753 par groupe d'âge) et de sept ans (1997 seulement ; 941 répondants)[1].

Les données sur la vaccination antigrippale proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur ce sujet ont été posées à l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[6], même si l'essentiel de la discussion porte sur les personnes de 65 ans et plus.

Ouvrages de référence

1. Santé Canada, « Rapport national sur l'immunisation au Canada 1997 », *Paediatrics and Child Health*, 1998, vol. 3 (suppl. B), p. 23b-25b.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Comité consultatif national de l'immunisation, « Lignes directrices nationales relatives à l'immunisation des enfants », *Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997*, n° 23 (DCC-6), p. 1-12.
4. Comité consultatif national de l'immunisation, *Guide canadien d'immunisation*, 5e édition, Association médicale canadienne, 1998.
5. Statistique Canada, *État de santé des Canadiens*, Série analytique de l'Enquête sociale générale, n° 8, 1994, n° de catalogue 11-612F.
6. Statistique Canada, *«Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997»*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 15 **Immunisation contre la grippe au cours de la dernière année, selon la province, population de 65 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

nationales au sujet des programmes d'immunisation des enfants en 1997[3], et la cinquième édition du *Guide canadien d'immunisation* a paru en septembre 1998[4].

Chez les aînés, l'immunisation contre la grippe est liée à l'âge : 47 p. 100 des Canadiens de 65 à 74 ans ont déclaré avoir reçu un vaccin antigrippal au cours de l'année précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (tableau 15c)[2] ce qui n'est pas très différent du pourcentage de 43 p. 100 rapporté lors de l'enquête de 1990-1991[5]. En 1996-1997, le taux d'immunisation récente a atteint 58 p. 100 chez les 75 ans et plus, une hausse par rapport aux 47 p. 100 en 1990-1991. Dans tous les groupes d'âge, le taux de vaccination antigrippale est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et il n'y a pas vraiment d'écart selon le niveau d'instruction (tableau 15c).

Les comparaisons entre les provinces relativement aux taux d'immunisation chez les aînés indiquent des écarts importants en ce qui concerne les vaccins antigrippaux au cours de l'année précédant l'enquête, de 60 p. 100 en Nouvelle-Écosse et en Ontario, à 34 p. 100 au Québec (figure 15)[2].

Définitions et méthodes

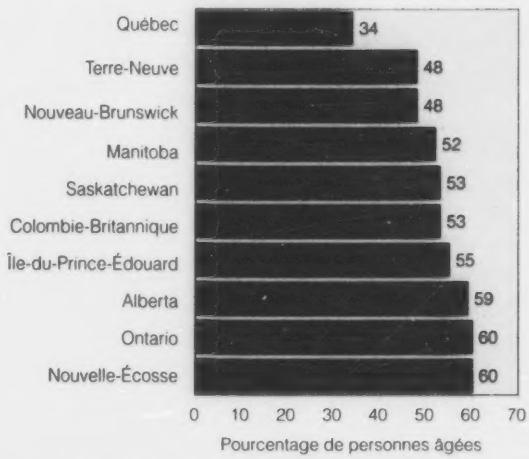
Les données sur l'immunisation des enfants s'appuient sur une série d'enquêtes postales nationales menées par Santé Canada de 1994 à 1997, auprès de ménages comptant des enfants de deux ans (échantillons de 534 à 753 par groupe d'âge) et de sept ans (1997 seulement ; 941 répondants)[1].

Les données sur la vaccination antigrippale proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur ce sujet ont été posées à l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[6], même si l'essentiel de la discussion porte sur les personnes de 65 ans et plus.

Ouvrages de référence

1. Santé Canada, « Rapport national sur l'immunisation au Canada 1997 », *Paediatrics and Child Health*, 1998, vol. 3 (suppl. B), p. 23b-25b.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Comité consultatif national de l'immunisation, « Lignes directrices nationales relatives à l'immunisation des enfants », *Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997*, nº 23 (DCC-6), p. 1-12.
4. Comité consultatif national de l'immunisation, *Guide canadien d'immunisation*, 5e édition, Association médicale canadienne, 1998.
5. Statistique Canada, *État de santé des Canadiens*, Série analytique de l'Enquête sociale générale, nº 8, 1994, nº de catalogue 11-612F.
6. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 15 **Immunisation contre la grippe au cours de la dernière année, selon la province, population de 65 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 15a Couverture vaccinale de maladies choisies, population de 2 ans, Canada, 1992–1997

	Couverture (%) pour les enfants nés entre				
	1990–91	1991–92	1992–93	1993–94	1994–95
Diphtérie, tétanos, coqueluche (4 doses)	80	82	83	85	85
Poliomyélite (≥3 doses)	90	89	87	90	86
Rougeole, oreillons, rubéole (≥1 dose)[b]	96	97	96	97	96
Rougeole, oreillons, rubéole (≥1 dose)[c]	–	–	91	93	94
Haemophilus influenzae type b (4 doses)	–	–	55	69	74

[a] 95% des erreurs limites se situent entre ±1 % et ±5 %.

[b] Couverture basée sur une ou des doses du vaccin de la rougeole reçue(s) à n'importe quel moment.

[c] Couverture basée sur une ou des doses du vaccin de la rougeole reçue(s) au premier anniversaire ou après, tel que recommandé.

Source: Santé Canada, Rapport national sur l'immunisation au Canada, 1997, *Paediatrics and Child Health* 1998; Vol. 3 (suppl. B) : p. 23b-25b.

Tableau 15b Couverture vaccinale au 7e anniversaire, enfants nés entre juillet 1989 et juin 1990, Canada, 1997

	Doses	Couverture	Doses	Couverture
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Diphtérie, tétanos, coqueluche	4	91	5	75
Poliomyélite (≥3 doses)	≥3	95	≥4	85
Rougeole, oreillons, rubéole[b]	≥1	99	2	56
Rougeole, oreillons, rubéole[c]	≥1	98	2	50
Haemophilus influenzae type b	–	–	≥1	86

[a] 95 % des erreurs limites se situent entre ±1 % et ±5 %.

[b] Couverture basée sur une ou des doses du vaccin de la rougeole reçue(s) à n'importe quel moment.

[c] Couverture basée sur une ou des doses du vaccin de la rougeole reçue(s) au premier anniversaire ou après, tel que recommandé.

Source: Santé Canada, Rapport national sur l'immunisation au Canada, 1997, *Paediatrics and Child Health* 1998; Vol. 3 (suppl. B) p. 23b-25b.

Tableau 15c **Vaccins antigrippaux, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Vaccin reçu au moins 1 fois	Moment du dernier vaccin		
			Moins d'un an	1-2 ans	2 ans +
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	23 745	26	56	12	30
Hommes	11 558	26	50	12	35
Femmes	12 187	26	61	12	26
Total, 12 à 14 ans	1 008	22	39	21	27
Hommes	493	24	39	22	28
Femmes	514	20	40	20	27
Total, 15 à 17 ans	1 218	26	41	22	30
Hommes	649	27	39	18	37
Femmes	569	25	43	28	22
Total, 18 à 19 ans	794	26	28	22	45
Hommes	384	33	21	25	47
Femmes	410	20	37	15	42
Total, 20 à 24 ans	1 799	20	24	15	57
Hommes	892	25	24	13	60
Femmes	907	15	24	20	52
Total, 25 à 34 ans	4 390	17	31	17	50
Hommes	2 152	20	25	13	60
Femmes	2 238	14	40	21	38
Total, 35 à 44 ans	5 148	16	45	13	41
Hommes	2 584	16	39	12	48
Femmes	2 564	16	51	14	35
Total, 45 à 54 ans	3 675	21	51	12	36
Hommes	1 849	19	46	14	39
Femmes	1 826	23	55	11	34
Total, 55 à 64 ans	2 508	32	61	11	27
Hommes	1 196	29	57	10	31
Femmes	1 311	34	65	12	24
Total, 65 à 74 ans	2 013	59	79	8	13
Hommes	884	58	81	9	11
Femmes	1 129	60	79	7	14
Total, 75 ans et +	1 193	70	83	6	11
Hommes	474	70	84	5	10
Femmes	718	69	82	6	12
Inférieur au secondaire	7 071	26	57	13	29
Secondaire	9 062	26	56	12	31
Collégial	4 070	25	49	11	32
Universitaire	3 402	25	55	9	26
Terre-Neuve	460	18	62	#	27
Île-du-Prince-Édouard	110	27	60	#	29
Nouvelle-Écosse	757	33	59	11	29
Nouveau-Brunswick	618	24	63	#	26
Québec	5 948	17	48	11	40
Ontario	8 940	32	57	12	29
Manitoba	871	26	55	14	29
Saskatchewan	781	23	59	#	30
Alberta	2 112	28	54	11	33
Colombie-Britannique	3 149	29	58	16	25

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

* Parmi ceux qui avaient déjà eu un vaccin antigrippal.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

16

Fréquence des Tests de Pap

Introduction

La participation au dépistage du cancer du col utérin grâce au Test de Papanicolaou (Test de Pap) réduit l'incidence de la maladie et de la mortalité attribuable à ce type de cancer (sujet 73). À l'heure actuelle, on recommande aux femmes, après qu'elles ont atteint 18 ans ou une fois qu'elles sont sexuellement actives, de subir un Test de Pap tous les trois ans dans le cadre d'un programme organisé, et ce, jusqu'à l'âge de 69 ans[1,2]. Un programme est organisé lorsqu'il possède un registre basé sur la population et de bons services de laboratoire[2]. Aucune province n'a encore les deux composantes en place.

Le présent chapitre traite des Tests de Pap subis par les femmes de 18 ans ou plus au cours de leur vie et, plus particulièrement, de la fréquence des tests et du moment du dernier test.

Fréquence des Tests de Pap, 1996–1997

En 1996-1997, 87 p. 100 des Canadiennes de plus de 18 ans ont déclaré avoir déjà subi un Test de Pap. La majorité (59 p. 100) des femmes ont indiqué avoir passé le test durant la dernière année. Presque le quart des répondantes (24 p. 100) avaient passé le test de 1 à 3 ans auparavant ; 17 p. 100 l'avaient subi il y a plus de trois ans (tableau 16)[3]. Ainsi, 72 p. 100 des Canadiennes avaient subi un Test de Pap conformément au calendrier recommandé.

Entre 1985 et 1996-1997, on a observé une hausse du nombre de femmes qui avaient subi le Test de Pap au cours des trois dernières années, et une légère diminution quant à la proportion de celles qui n'avaient jamais passé le test (figure 16)[3,4,5]. L'utilisation des groupes d'âge différents (15 ans et plus, 18 ans et plus) selon les années invite à la prudence; il y a eu toutefois peu de changement depuis 1994-1995[5].

Différences entre les groupes

La fréquence à laquelle les femmes subissent un Test de Pap suit une courbe normale avec l'âge. Les femmes entre 25 et 64 ans sont les plus susceptibles d'avoir passé ce test (plus de 90 p. 100), et les adolescentes (18-19 ans), les moins susceptibles (51 p. 100), bien que cela ne soit pas étonnant, étant donné que les Tests de Pap ne sont recommandés, à l'heure actuelle, que pour les femmes de 18 ans ou plus ou lorsqu'elles deviennent sexuellement actives (sujet 50). Environ le tiers des femmes âgées (75 ans ou plus) n'ont jamais subi de test de dépistage du cancer du col utérin, de Pap ou autre (comparativement à 39 p. 100 en 1994-1995[5]).

Parmi les femmes ayant subi le test, la probabilité que ce dernier ait été passé au cours des trois dernières années avant l'enquête diminue avec l'âge, allant d'une proportion élevée d'adolescentes (98 p. 100) à un pourcentage d'environ 40 p. 100 pour les femmes de 75 ans ou plus (tableau 16).

La probabilité d'avoir déjà subi un Test de Pap est inférieure (81 p. 100) chez les femmes n'ayant pas fait d'études secondaires, comparativement à celles des trois autres niveaux d'instruction (88 à 90 p. 100). Les chances d'avoir passé un tel test au cours des trois dernières années augmentent aussi avec le niveau d'instruction (tableau 16).

Les femmes du Québec sont les moins susceptibles d'avoir subi un Test de Pap (82 p. 100) et celles de la Saskatchewan les plus susceptibles de l'avoir fait (93 p. 100). Chez les femmes qui ont passé ce test, celles du Québec et de l'Alberta sont les plus susceptibles de l'avoir subi au cours des trois dernières années (84 et 85 p. 100 respectivement), tandis que les femmes de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick sont les moins susceptibles (78 p. 100) (tableau 16).

L'analyse des données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1994-1995 révèlent que les femmes seules sont les plus susceptibles de n'avoir jamais subi de Test de Pap[6]. En outre, les femmes seules ayant subi ce test sont les plus susceptibles de l'avoir passé il y a trois ans ou plus. Les femmes qui ont un emploi et qui fournissent aussi des soins sont les moins susceptibles de n'avoir jamais subi le test, dans une proportion nettement inférieure à celles qui ont un emploi seulement. Les femmes dont l'activité principale consiste à fournir des soins arrivent au second rang quant aux probabilités de ne pas avoir subi le test au cours des trois dernières années, un pourcentage nettement supérieur aux femmes qui ont un emploi.

L'analyse des données de l'ENSP de 1994-1995 révèle aussi que les femmes nées en Asie sont les plus susceptibles de n'avoir jamais subi de Test de Pap, soit presque neuf fois plus que les femmes nées au Canada[6]. Cependant, les Asiatiques ayant subi le test sont les plus susceptibles de l'avoir passé il y a moins de trois ans. Les femmes originaires d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale, des Antilles et d'Afrique ayant subi le Test de Pap sont plus susceptibles de se conformer aux directives en matière de fréquence des tests que les Canadiennes d'origine.

Définitions et méthodes

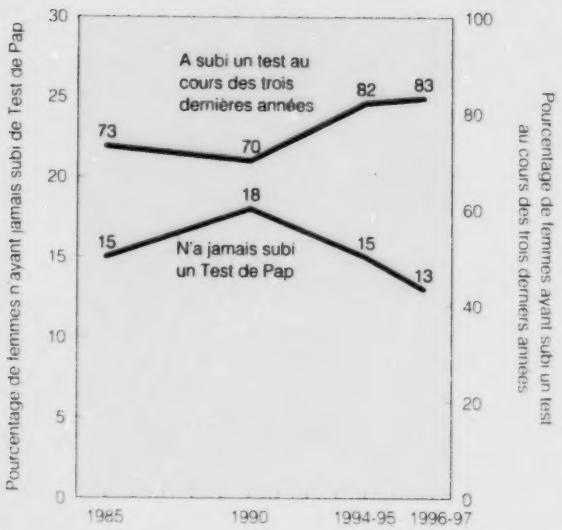
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant ; ainsi, 16 000 répondants ont fourni des réponses complètes. Quelque 66 000 répondants (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont également été interrogés, pour obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur les Tests de Pap ont été posées à quelque 35 000 femmes de 18 ans et plus[7].

L'*Enquête promotion santé Canada* de 1990 interrogeait aussi toutes les femmes de 15 ans et plus sur les Tests de Pap qu'elles avaient déjà subis. Dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1994-1995 et celle de 1996-1997, on n'a posé ces questions qu'aux femmes de 18 ans et plus. Par conséquent, les données tendancielles de 1985 à 1997 doivent être interprétées avec une certaine prudence. Les données de 1985 et de 1990 indiquent que les femmes de moins de 18 ans ont peu recours au Test de Pap[4].

Ouvrages de référence

1. Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, n° de catalogue H21-117/1994F.
2. Miller, A.B., G. Anderson, J. Brisson, J. Laidlaw, N. Le Pitre, P. Malcolmson, P. Mirwaldt, G. Stuart et W. Sullivan, *Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix*, Journal de l'Association médicale canadienne, 1991 ; n° 145, p. 1301 à 1325.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. O'Connor A. « La prévention des cancers gynécologiques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, n° de catalogue H39-263/2-1990F.
5. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
6. Lee, J., G. Parsons et J. Gentleman, « Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou », *Rapports sur la santé*, été 1998, vol. 10, n° 1, p. 9 à 19, n° de catalogue 82-003-XPB.
7. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie , 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

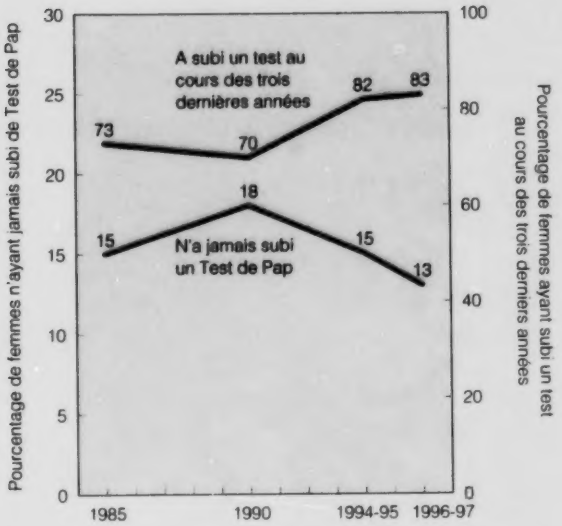
Figure 16 **Tests de Pap, femmes de 15 ans ou plus et de 18 ans ou plus, Canada, 1985 à 1996–1997***



* Données pour 1994–1995 et 1996–1997, touchent les femmes de 18 ans ou +.

Sources: O'Connor, A., « La prévention des cancers gynécologiques », *dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T., D. Fowler Graham, (sous la direction de) dans Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique, Ottawa : Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, n° de catalogue H39-263/2-1990F ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995* et *1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 16. **Tests de Pap, femmes de 15 ans ou plus et de 18 ans ou plus, Canada, 1985 à 1996–1997***



* Données pour 1994–1995 et 1996–1997 , touchent les femmes de 18 ans ou +.

Sources: O'Connor , A., « La prévention des cancers gynécologiques », *dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T., D. Fowler Graham, (sous la direction de) dans Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique, Ottawa : Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, nº de catalogue H39-263/2-1990F ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995* et *1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 16 **Fréquence du Test de Pap et moment du test le plus récent, selon l'âge, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, femmes de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Test subi[a]		Moment du dernier test		
		Oui	Non	Moins d'un an	1-3 ans	3 ans ou +
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 18 ans ou +	**10 999**	**87**	**13**	**59**	**24**	**17**
Total, 18 à 19 ans	411	51	49	88	10	#
Total, 20 à 24 ans	912	74	26	79	19	2
Total, 25 à 34 ans	2 228	92	8	73	21	6
Total, 35 à 44 ans	2 535	93	7	61	28	11
Total, 45 à 54 ans	1 813	94	6	58	25	18
Total, 55 à 64 ans	1 294	90	10	50	24	26
Total, 65 à 74 ans	1 109	84	16	37	23	40
Total, 75 ans et +	697	67	33	19	22	59
Inférieur au secondaire	2 504	81	19	55	24	21
Secondaire	4 731	88	12	60	24	16
Collégial	2 112	90	10	59	26	16
Universitaire	1 605	89	11	64	23	13
Terre-Neuve	206	91	9	53	26	20
Île-du-Prince-Édouard	52	87	13	56	23	21
Nouvelle-Écosse	359	90	10	60	19	20
Nouveau-Brunswick	290	89	11	53	25	22
Québec	2 770	82	18	58	26	16
Ontario	4 141	88	12	62	21	16
Manitoba	402	90	10	60	23	18
Saskatchewan	351	93	7	49	29	22
Alberta	955	90	10	61	24	16
Colombie-Britannique	1 474	86	14	56	26	18

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Parmi les femmes ayant déclaré avoir déjà subi un Test de Pap.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

17

Mammographies et examen des seins

Introduction

Le cancer est l'une des principales causes de mortalité et d'années potentielles de vie perdues au Canada (sujets 82 et 83). Pour les femmes, le cancer du sein demeure l'un des types de cancer les plus mortels (sujet 73). La détection précoce du cancer du sein grâce à la mammographie ou à l'examen physique des seins a contribué à réduire le taux de mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans. À l'heure actuelle, on recommande aux femmes de ce groupe d'âge de passer une mammographie tous les deux ans[1].

Le présent chapitre fait état des résultats de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* sur la fréquence des mammographies au Canada chez les femmes de 35 ans ou plus[2]. Les données sur l'examen des seins portent sur les femmes de 18 ans et plus.

Fréquence des mammographies et de l'examen des seins, 1996–1997

En 1996-1997, 60 p. 100 des femmes de 35 ans ou plus ont indiqué avoir subi au moins une mammographie[2]. Ce niveau demeure inchangé depuis 1994-1995[3]. Parmi les femmes qui ont eu une mammographie, plus des deux tiers de ces répondantes (70 p. 100) ont indiqué que leur examen avait eu lieu au cours des deux dernières années (tableau 17a)[2]. Près de la moitié (46 p. 100) a déclaré en avoir subi une au cours de la dernière année. Selon une majorité importante de femmes (77 p. 100) ayant rapporté une mammographie dans les deux dernières années, leur mammographie a eu lieu dans le cadre d'un examen médical régulier ou un examen de routine. Une femme sur dix testées au cours des deux dernières années a déclaré avoir passé une mammographie après avoir détecté la présence d'une masse, et 8 p. 100, en raison d'antécédents familiaux. Seulement 1 p. 100 des femmes a rapporté avoir éprouvé des difficultés à obtenir le test[2].

Entre 1990 et 1996-1997, on a observé une augmentation spectaculaire de 28 points de pourcentage quant à la proportion de femmes de 50 ans ou plus ayant subi une mammographie (figure 17a)[2,3,4]. Cependant, il n'y a eu qu'une très légère augmentation du pourcentage de femmes ayant déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux années ayant précédé l'enquête.

Le principal motif (57 p. 100) invoqué par les femmes de 50 à 69 ans pour ne pas avoir subi de mammographie au cours des deux dernières années est le fait qu'elles le ne jugeaient pas nécessaire (figure 17b)[2]. Les femmes mentionnent aussi le fait qu'elles n'ont tout simplement pas eu l'occasion de le faire (26 p. 100), ou que selon leur médecin, cet examen n'était pas nécessaire (12 p. 100) ou que le test leur fait peur ou les embarrasse (4 p. 100). Ces résultats ressemblent beaucoup aux motifs invoqués pour ne pas avoir subi d'examen des seins au cours des deux dernières années.

En 1996-1997, 75 p. 100 des femmes de 18 ans et plus ont déclaré avoir fait examiner leurs seins par un professionnel de la santé au moins une fois durant leur vie (tableau 17b)[2]. La grande majorité de ces femmes (85 p. 100) avaient subi cet examen au cours des deux dernières années, et les deux tiers d'entre elles, au cours de la dernière année. La plupart (90 p. 100) ont déclaré avoir subi un examen des seins dans le cadre d'un examen médical régulier ou de routine, d'autres ont subi cet examen en raison d'antécédents familiaux de cancer (5 p. 100) ou parce qu'elles avaient détecté la présence d'une masse dans un sein (5 p. 100). Moins de 1 p. 100 des femmes ayant fait examiner leurs seins ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir un examen[2].

En 1996-1997, 25 p. 100 des femmes n'avaient jamais examiné leurs propres seins pour la détection

de masses[2]. Parmi celles qui procédaient à cet examen, 48 p. 100 effectuaient un contrôle mensuel, 27 p. 100, tous les deux ou trois mois, et 25 p. 100, moins fréquemment (données non présentées).

Il n'y a pas de données sur les femmes autochtones qui permettent de comparer la situation globale du Canada à celle d'autres pays.

Différences entre les groupes

La probabilité qu'une femme ait passé une mammographie augmente avec l'âge, mais elle atteint un sommet chez le groupe des 50 à 59 ans (82 p. 100) (tableau 17a). Les femmes de ce groupe d'âge sont aussi les plus susceptibles d'avoir passé leur dernière mammographie au cours des deux dernières années (81 p. 100), conformément aux recommandations, et au cours de la dernière année (55 p. 100). Étant donné la valeur discutable du fait de subir régulièrement une mammographie pour la majorité des femmes de moins de 50 ans, la proportion des femmes de 35 à 39 ans et de 40 à 49 ans qui ont subi une mammographie semble très élevée, surtout si l'on considère que la majorité de ces examens ont eu lieu dans le cadre d'un examen médical complet. Il n'y a rien d'étonnant à ce que les femmes plus jeunes (35 à 39 ans) soient plus susceptibles de déclarer avoir subi une mammographie parce qu'elles ont détecté la présence d'une masse (27 p. 100), ou à cause d'antécédents familiaux (15 p. 100), par opposition aux femmes plus âgées, pour qui la procédure s'inscrit généralement dans un examen médical régulier ou de routine (environ 80 p. 100 des femmes de 50 ans à 69 ans).

On a observé un lien positif entre le fait de subir une mammographie et le niveau d'instruction. Un peu moins des deux tiers (63 p. 100) des diplômées universitaires avaient passé une mammographie, contre 57 p. 100 des femmes dont le niveau d'instruction est inférieur au secondaire (tableau 17a). Les diplômées universitaires sont aussi les femmes les plus susceptibles d'avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années (74 p. 100).

Il semble également y avoir un rapport positif entre la mammographie et le revenu adéquat (données non présentées). En effet, un peu plus de la moitié des femmes appartenant aux deux plus bas groupes de revenu inférieur avaient déjà subi une mammographie, contre environ les deux tiers des femmes appartenant aux deux plus hauts groupes de revenu supérieur[2].

Il existe des différences interprovinciales quant à la fréquence des mammographies. Les Terre-Neuviennes sont les moins susceptibles d'avoir subi une mammographie (40 p. 100) (tableau 17a), alors que les femmes du Québec et de la Colombie-Britannique sont *les plus susceptibles* de s'être soumises à ce type d'examen (64 et 63 p. 100 respectivement). Les Québécoises ayant subi une mammographie sont les moins susceptibles de l'avoir fait au cours des deux dernières années (62 p. 100), et les femmes du Nouveau-Brunswick et de la Colombie-Britannique, les plus susceptibles (76 p. 100 dans les deux cas).

La probabilité qu'une femme ait subi une mammographie augmente avec l'âge, mais elle atteint un sommet chez le groupe des 35 à 54 ans (83 p. 100) (tableau 17b). Les femmes de 18 et 19 ans sont aussi les plus susceptibles d'avoir passé leur dernier examen des seins au cours des deux dernières années (96 p. 100), et au cours de la dernière année (86 p. 100). La proportion de femmes ayant subi un examen des seins au cours des deux années précédant l'enquête baisse à chaque groupe d'âge successif, au point où 75 p. 100 des femmes de 75 ans et plus ont subi cet examen au cours des deux dernières années. Les femmes plus jeunes (18 et 19 ans) sont plus susceptibles de déclarer avoir fait examiner leurs seins dans le cadre d'un examen médical régulier ou de routine (97 p. 100) que les femmes de 45-64 ans, dont les principaux motifs sont les antécédents familiaux (6-7 p. 100) ou la détection de la présence d'une masse (7 p. 100).

On a observé un lien positif entre l'examen des seins et le niveau d'instruction. Les quatre cinquièmes des diplômées universitaires avaient passé un examen, contre 68 p. 100 des femmes dont le niveau d'instruction est inférieur au secondaire (tableau 17b). Ces dernières sont aussi les moins susceptibles d'avoir subi un examen des seins au cours des deux dernières années.

Il semble également y avoir un rapport positif, quoique faible, entre l'examen des seins et le revenu adéquat (données non présentées). Les trois quarts des femmes du groupe au revenu inférieur (le plus bas) ont déjà subi un examen, contre environ 82 p. 100 des femmes du groupe au revenu supérieur[2] (le plus élevé). Parmi celles qui ont subi la procédure, 79 p. 100 appartenant au groupe de revenu inférieur s'y sont soumises au cours des deux dernières années, contre 88 p. 100 des femmes appartenant au revenu supérieur.

Il existe des différences interprovinciales notables quant à la fréquence des examens des seins effectués par des professionnels de la santé. Les Terre-Neuviennes sont les moins susceptibles d'avoir subi un examen des seins (67 p. 100), les Manitobaines, les plus susceptibles de s'y être soumises (84 p. 100) (tableau 17b). Les femmes de la Saskatchewan qui se sont fait examiner les seins sont les moins susceptibles de l'avoir fait au cours des deux dernières années (82 p. 100), et les femmes du Manitoba, les plus susceptibles (87 p. 100).

En 1996-1997, 31 p. 100 des femmes de 18 à 34 ans et 21 p. 100 des femmes de 35 ans et plus n'ont jamais examiné leurs propres seins pour y détecter la présence de masses (figure 17c)[2]. Environ 29 p. 100 des femmes de 18 à 34 ans examinent leurs seins tous les mois, contre 40 p. 100 des femmes de 35 ans et plus.

Définitions et méthodes

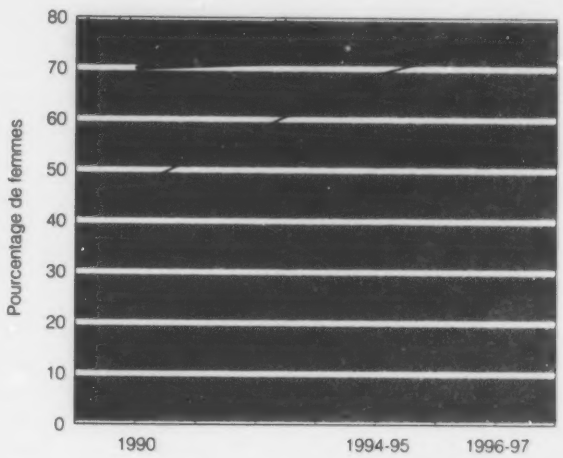
Ces données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur la mammographie ont été posées aux femmes de 35 ans et plus (quelque 22 000 répondantes) ; les questions au sujet de l'examen et de l'auto-examen des seins, aux femmes de 18 ans et plus (environ 34 000 répondantes)[5].

Les raisons invoquées pour ne pas avoir subi de mammographie ou d'examen des seins n'étaient pas des réponses suggérées (figure 17b), et les réponses multiples étaient possibles.

Ouvrages de référence

1. Groupe de travail, « Reducing deaths from breast cancer in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1989, n° 141, p. 199-201.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. O'Connor A. La prévention des cancers gynécologiques, dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, 1993, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F).
5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 17a. **Recours à la mammographie, femmes de 50 ans ou plus, Canada, 1990 à 1996–1997**



Sources: O'Connor A,., « La prévention des cancers gynécologiques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990: Rapport technique*, Ottawa: Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, n° de catalogue H39-263/2-1990F; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995* et *1996–1997*, totalisations spéciales.

Il existe des différences interprovinciales notables quant à la fréquence des examens des seins effectués par des professionnels de la santé. Les Terre-Neuviennes sont les moins susceptibles d'avoir subi un examen des seins (67 p. 100), les Manitobaines, les plus susceptibles de s'y être soumises (84 p. 100) (tableau 17b). Les femmes de la Saskatchewan qui se sont fait examiner les seins sont les moins susceptibles de l'avoir fait au cours des deux dernières années (82 p. 100), et les femmes du Manitoba, les plus susceptibles (87 p. 100).

En 1996-1997, 31 p. 100 des femmes de 18 à 34 ans et 21 p. 100 des femmes de 35 ans et plus n'ont jamais examiné leurs propres seins pour y détecter la présence de masses (figure 17c)[5]. Environ 29 p. 100 des femmes de 18 à 34 ans examinent leurs seins tous les mois, contre 40 p. 100 des femmes de 35 ans et plus.

Définitions et méthodes

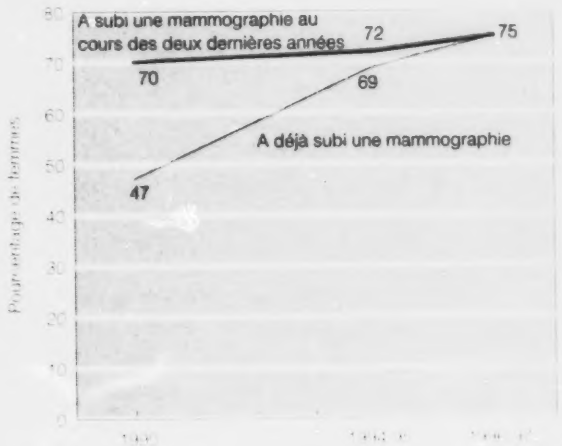
Ces données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur la mammographie ont été posées aux femmes de 35 ans et plus (quelque 22 000 répondantes) ; les questions au sujet de l'examen et de l'auto-examen des seins, aux femmes de 18 ans et plus (environ 34 000 répondantes)[5].

Les raisons invoquées pour ne pas avoir subi de mammographie ou d'examen des seins n'étaient pas des réponses suggérées (figure 17b), et les réponses multiples étaient possibles.

Ouvrages de référence

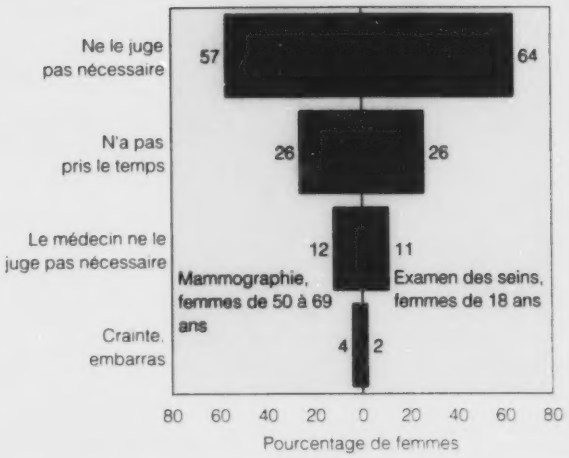
1. Groupe de travail. « Reducing deaths from breast cancer in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1989, n° 141, p. 199-201.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. O'Connor A. La prévention des cancers gynécologiques, dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990. Rapport technique*, 1993, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F).
5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Recours à la mammographie, femmes de 50 ans ou plus, Canada, 1990 à 1996–1997



Sources : O'Connor A., « La prévention des cancers gynécologiques » dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990. Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, n° de catalogue H39-263/2-1990F. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 et 1996-1997*, totalisations spéciales.

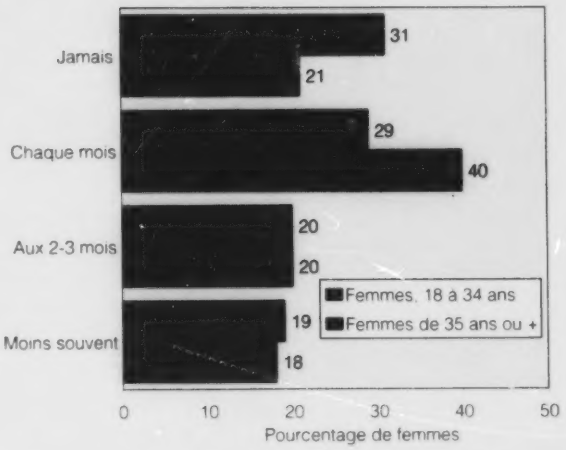
Figure 17b **Raisons de ne pas subir de mammographie, femmes de 50 à 69 ans, ou d'examen récent* des seins, femmes de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Au cours des deux dernières années.

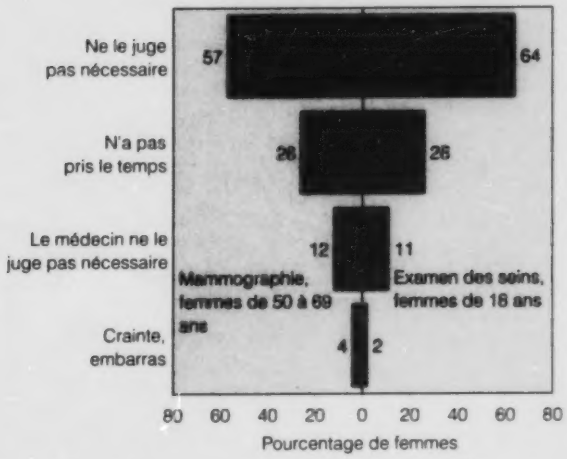
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 17c **Prévalence et fréquence de l'auto-examen des seins, selon l'âge, femmes de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

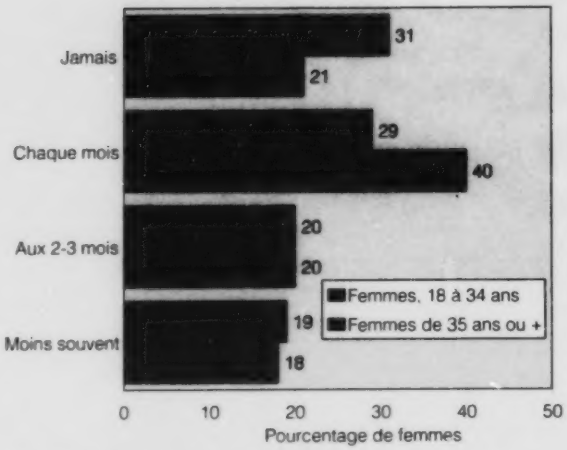
Figure 17b **Raisons de ne pas subir de mammographie, femmes de 50 à 69 ans, ou d'examen récent* des seins, femmes de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Au cours des deux dernières années.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 17c **Prévalence et fréquence de l'auto-examen des seins, selon l'âge, femmes de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 17a **Fréquence des mammographies, moment et raison de la mammographie la plus récente au cours des deux dernières années, selon l'âge, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, femmes de 35 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimation de la population	Ayant subi une mammographie[a]	Moment de la mammographie la plus récente			Raison de la mammographie[b]		
			Moins d'un an	1-2 ans	2 ans ou +	Bilan ou vérification de routine	Antécédents	Masse
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 35 ans ou +	**7 497**	**60**	**46**	**24**	**30**	**77**	**8**	**10**
35 à 39 ans	1 314	25	32	16	52	61	15	27
40 à 49 ans	2 221	56	41	24	36	75	9	12
50 à 59 ans	1 556	82	55	26	19	81	6	8
60 à 69 ans	1 187	75	52	26	22	79	7	8
70 ans ou +	1 220	65	40	21	39	77	8	5
Inférieur au secondaire	2 102	57	45	23	32	75	8	11
Secondaire	2 934	61	46	24	29	80	7	8
Collégial	1 375	64	44	26	30	76	10	13
Universitaire	1 039	63	52	22	26	74	8	10
Terre-Neuve	142	40	41	29	30	60	#	#
Île-du-Prince-Édouard	34	52	43	28	30	76	#	#
Nouvelle-Écosse	240	52	43	31	26	66	#	#
Nouveau-Brunswick	197	58	56	20	24	70	#	#
Québec	1 930	64	40	22	38	76	#	12
Ontario	2 805	60	50	24	26	81	8	8
Manitoba	282	57	42	21	35	69	11	12
Saskatchewan	251	57	43	28	30	66	#	#
Alberta	619	59	44	23	33	76	10	11
Colombie-Britannique	998	63	50	26	24	81	#	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Parmi les femmes ayant déclaré avoir déjà subi une mammographie.

[b] Les réponses multiples étaient permises.

[c] Parmi les femmes qui rapportent avoir eu une mammographie dans les deux dernières années.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 17b **Fréquence de l'examen des seins par un professionnel de la santé, moment et raison de l'examen le plus récent, selon l'âge, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, femmes de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Test subi	Moment de l'examen le plus récent			Raison du dernier examen		
			Moins d'un an	1-2 ans	2 ans ou +	Bilan ou examen de routine	Antécédents	Masse
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 18 ans ou +	**11 044**	**75**	**67**	**18**	**14**	**90**	**5**	**5**
18 à 19 ans	414	38	86	10	#	97	#	#
20 à 24 ans	913	57	73	18	9	95	4	3
25 à 34 ans	2 235	73	69	18	13	93	4	4
35 à 44 ans	2 554	83	65	20	14	91	5	5
45 à 54 ans	1 811	83	69	19	12	88	7	7
55 à 64 ans	1 301	82	66	18	15	85	6	7
65 à 74 ans	1 116	77	64	15	20	89	5	4
75 ans et +	700	66	58	17	23	88	5	3
Inférieur au secondaire	2 523	68	64	18	19	88	6	6
Secondaire	4 738	76	68	19	13	90	5	5
Collégial	2 115	79	68	19	13	91	6	6
Universitaire	1 614	80	70	17	13	91	5	3
Terre-Neuve	206	67	65	20	14	87	#	#
Île-du-Prince-Édouard	52	76	65	18	17	94	#	#
Nouvelle-Écosse	360	72	72	14	14	88	#	#
Nouveau-Brunswick	290	71	64	19	17	89	#	#
Québec	2 787	69	69	17	14	86	5	5
Ontario	4 166	77	69	17	13	92	5	4
Manitoba	405	84	67	20	13	91	7	6
Saskatchewan	352	80	58	24	18	90	#	#
Alberta	956	80	64	19	16	93	5	5
Colombie-Britannique	1 471	78	64	20	16	90	#	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Parmi les femmes ayant déclaré avoir déjà subi un examen des seins par un professionnel de la santé.

[b] Les réponses multiples étaient permises.

[c] Parmi les femmes qui ont rapporté avoir eu, au cours des deux dernières années, un examen des seins par un professionnel de la santé.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

18

Vérification de la tension artérielle

Introduction

Les maladies coronariennes et les accidents cérébrovasculaires sont les principales causes de mortalité (sujets 74 et 82) et d'hospitalisation (sujet 77). Parmi les principaux facteurs de risque liés à ces maladies, l'hypertension artérielle, comme le taux élevé de cholestérol, ne peuvent être détectés sans un test adéquat. Selon certaines études, il semble qu'une proportion élevée de gens parmi la population souffrent d'hypertension sans qu'elle soit détectée[1]. Une vérification régulière de la tension artérielle est le moyen le plus fiable de déceler l'hypertension.

Le présent chapitre traite du moment de la plus récente vérification de tension artérielle.

Fréquence des vérifications de la tension artérielle, 1996–1997

Près des trois quarts des Canadiennes et des Canadiens de 12 ans ou plus (71 p. 100) ont indiqué qu'ils avaient fait vérifier leur tension artérielle au cours des 12 mois précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997 (tableau 18)[2]. Par ailleurs, un autre 12 p. 100 des répondants ont déclaré avoir fait vérifier leur tension un ou deux ans auparavant, et 10 p. 100, deux ans ou plus auparavant. Seulement 7 p. 100 ont indiqué ne l'avoir jamais fait vérifier.

Chez les Canadiens de 15 ans et plus, depuis 1985, on a observé une baisse quant à la probabilité d'une vérification récente (72 p. 100) (figure 18)[3,4,5]. Ces résultats donnent à penser qu'une proportion croissante de Canadiens n'avaient pas fait vérifier leur tension artérielle au cours de l'année précédente, comparativement aux résultats enregistrés au milieu des années 1980 ou au début des années 1990. Cela est contraire aux recommandations des médecins, du moins dans le cas des personnes d'âge moyen et des aînés.

Différences entre les groupes

Pour tous les groupes d'âge combinés et pour chaque groupe, des 15 à 17 ans jusqu'au 45 à 54 ans, les femmes sont nettement plus susceptibles que les hommes d'avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours de la dernière année (tableau 18). Cela est peut-être attribuable au fait que l'hypertension artérielle est, en général, beaucoup plus courante chez les femmes que chez les hommes (sujet 68), ou que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire vérifier leur tension artérielle, parallèlement avec la prescription d'hormones (sujet 24) ou dans le cadre de soins obstétriques.

Le pourcentage de personnes ayant fait vérifier leur tension artérielle au cours de l'année précédente augmente à chaque groupe d'âge, en commençant par les 12 à 14 ans (38 p. 100), puis les 15 à 17 ans (49 p. 100) (tableau 18). Dans tous les autres groupes d'âge, plus de la moitié de la population a déclaré avoir fait vérifier sa tension artérielle au cours de l'année précédente. Ce taux élevé n'est pas étonnant, étant donné que la presque totalité des Canadiens ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé au cours de l'année précédente (sujet 19).

Le taux de vérification de la tension artérielle augmente un peu avec le niveau d'instruction. Parmi les personnes dont le niveau d'instruction est inférieur au secondaire, 73 p. 100 ont fait vérifier leur tension artérielle au cours des deux dernières années, contre 82 p. 100 des diplômés universitaires, pour la même période (tableau 18).

Les différences interprovinciales varient d'une proportion de vérifications récentes de 66 p. 100 en Colombie-Britannique à une proportion de 75 p. 100 en Nouvelle-Écosse et en Ontario (tableau 18). L'Île-du-Prince-Édouard affiche la proportion la plus élevée de résidents qui n'ont jamais fait vérifier leur tension artérielle (10 p. 100).

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[6].

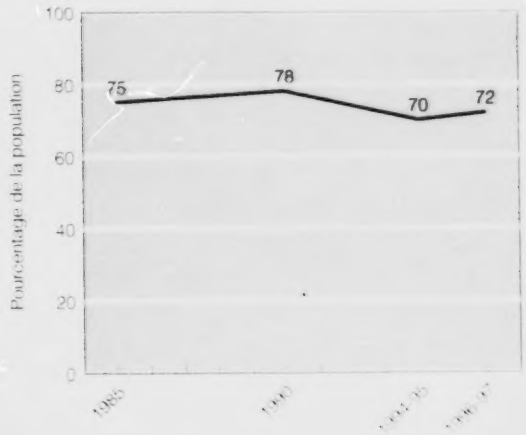
Lors du premier cycle (1994-1995) de l'*Enquête*, la question posée sur la tension artérielle précisait que la vérification devait avoir été effectuée par un professionnel de la santé ; au second cycle (1996-1997), la question était la suivante : « Avez-vous déjà fait vérifier votre tension artérielle? » Les données provenant d'une tierce personne n'étaient pas acceptées.

Les données servant de comparaison avec les années précédentes se limitent aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Ouvrages de référence

1. MacLean, D.R., A. Petrasovits, M. Nargundkar et autres, « Canadian Heart Health Surveys: A profile of cardiovascular risk. Survey methods and analysis », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, vol. 146, n° 11, p. 1969-1974.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Lauzon R, « La prévention des maladies cardiaques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, 1993, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F.
4. Garceau S., « Le dépistage de l'hypertension artérielle », dans Santé et Bien-être social Canada, Rootman I., R. Warren, T. Stephens et L. Peters (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1985 : Rapport technique*, 1988, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-119/1988.
5. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, totalisations spéciales.
6. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 18 **Vérification de la tension artérielle au cours de la dernière année, population de 15 ans ou plus, Canada, 1985 à 1996-1997**



Sources: Lauzon R., « La prevention des maladies cardiaques », dans Sante et Bien-être social Canada. Stephens T et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion Sante Canada 1990 : Rapport technique*. Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F; Statistique Canada. *Enquête nationale sur la sante de la population, 1994-1995* et *1996-1997*, totalisations speciales.

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[6].

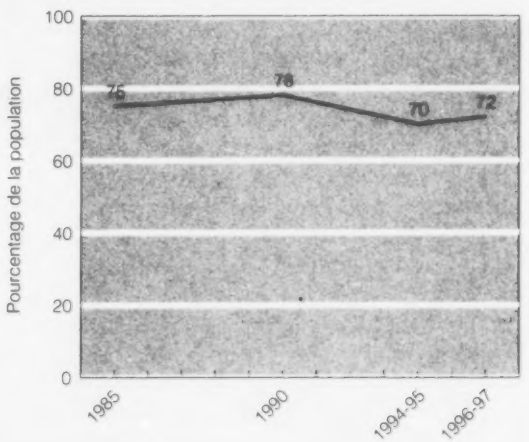
Lors du premier cycle (1994-1995) de l'*Enquête*, la question posée sur la tension artérielle précisait que la vérification devait avoir été effectuée par un professionnel de la santé ; au second cycle (1996-1997), la question était la suivante : « Avez-vous déjà fait vérifier votre tension artérielle? » Les données provenant d'une tierce personne n'étaient pas acceptées.

Les données servant de comparaison avec les années précédentes se limitent aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Ouvrages de référence

1. MacLean, D.R., A. Petrasovits, M. Nargundkar et autres, « Canadian Heart Health Surveys: A profile of cardiovascular risk. Survey methods and analysis », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, vol. 146, n° 11, p. 1969-1974.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Lauzon R, « La prévention des maladies cardiaques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, 1993, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F.
4. Garceau S., « Le dépistage de l'hypertension artérielle », dans Santé et Bien-être social Canada, Rootman I., R. Warren, T. Stephens et L. Peters (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1985 : Rapport technique*, 1988, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-119/1988.
5. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, totalisations spéciales.
6. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 18 **Vérification de la tension artérielle au cours de la dernière année, population de 15 ans ou plus, Canada, 1985 à 1996–1997**



Sources: Lauzon R., « La prévention des maladies cardiaques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion Santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995* et *1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 18 **Vérification de la tension artérielle selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Moment de la dernière vérification de la tension artérielle			
		Moins d'un an	1-2 ans	2 ans ou +	Jamais
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans +	**23 693**	**71**	**12**	**10**	**7**
Hommes	11 521	64	14	14	8
Femmes	12 173	77	10	7	5
Total, 12 à 14 ans	982	38	11	11	41
Hommes	474	37	11	12	39
Femmes	507	38	10	9	43
Total, 15 à 17 ans	1 209	49	12	12	27
Hommes	636	42	12	11	35
Femmes	573	57	13	12	18
Total, 18 à 19 ans	796	59	14	11	17
Hommes	383	45	19	17	19
Femmes	413	71	9	5	14
Total, 20 à 24 ans	1 804	60	15	15	10
Hommes	894	47	18	22	13
Femmes	910	72	12	9	7
Total, 25 à 34 ans	4 388	67	15	13	5
Hommes	2 153	56	18	18	8
Femmes	2 235	78	13	7	2
Total, 35 à 44 ans	5 142	70	15	12	3
Hommes	2 583	64	17	16	3
Femmes	2 560	76	14	8	3
Total, 45 à 54 ans	3 666	75	12	10	2
Hommes	1 843	71	15	11	3
Femmes	1 823	80	10	9	1
Total, 55 à 64 ans	2 502	84	8	7	1
Hommes	1 196	81	10	9	1
Femmes	1 306	87	7	5	1
Total, 65 à 74 ans	2 011	89	5	5	1
Hommes	883	88	6	6	1
Femmes	1 128	91	5	4	#
Total, 75 ans et +	1 192	93	5	2	1
Hommes	474	94	4	2	#
Femmes	718	92	5	2	#
Inférieur au secondaire	7 036	63	10	10	6
Secondaire	9 050	64	11	9	5
Collégial	4 061	68	11	9	3
Universitaire	3 410	66	16	12	2
Terre-Neuve	459	73	12	9	7
Île-du-Prince-Édouard	110	67	12	11	10
Nouvelle-Écosse	757	75	10	9	6
Nouveau-Brunswick	618	71	11	9	8
Québec	5 939	68	12	13	7
Ontario	8 921	75	11	8	6
Manitoba	862	72	13	10	5
Saskatchewan	777	68	12	11	9
Alberta	2 107	69	14	11	6
Colombie-Britannique	3 143	66	14	13	6

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

19

Consultations de professionnels de la santé

Introduction

Bien que l'utilisation des ressources de soins de santé soit un indicateur moins satisfaisant de l'état de santé que de nombreux autres sujets abordés dans le présent *Rapport*, l'information sur ces consultations représente une part importante de la planification des soins de santé. À l'instar des services d'urgence (sujet 26), l'information sur le recours aux médecins et à d'autres professionnels de la santé peut indiquer l'apparition de tendances susceptibles d'influer sur les budgets de soins de santé. Le recours aux formes parallèles, non traditionnelles de soins de santé peut aussi se révéler pertinent à cet égard (sujet 35).

Le présent chapitre fait état de la répartition des consultations de professionnels de la santé et de la fréquence des consultations médicales au cours des 12 mois ayant précédé l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997. Les renseignements d'ordre administratif en provenance de la base de données nationale sur les médecins et de la base de données sur les soins médicaux servent à compléter les données auto-déclarées de l'enquête.

Consultations de professionnels de la santé, 1996–1997

La presque totalité des Canadiennes et des Canadiens de 12 ans et plus (93 p. 100) ont consulté au moins une fois un professionnel de la santé au cours de l'année précédant l'Enquête (tableau 19)[1], ce qui représente au moins 23 millions de consultations. Parmi ceux qui ont reçu des soins de santé, les médecins sont, de loin, les fournisseurs les plus en demande : une proportion de 81 p. 100 ont vu un médecin, ce qui représente une légère hausse de 1 p. 100 par rapport aux données de 1994-1995[2]. Bien que faible, cette hausse indique peut-être un retour à la tendance au recours accru aux médecins que l'on a observée entre 1978-1979 et 1991 (figure 19a)[3,4,5]. Cette tendance est aussi manifeste dans la base de données nationale sur les médecins[6] et celle des soins médicaux[7], d'après les réclamations des médecins rémunérés à l'acte auprès des programmes d'assurance-maladie provinciaux. Selon ces sources, le nombre de consultations par Canadien assuré (appels spéciaux exclus) est passé de 4,5 en 1978-1979, à 6 en 1993-1994[6,7].

Les trois quarts des personnes ayant consulté des *médecins* l'ont fait à deux reprises ou plus (tableau 19). En ce qui concerne les médecins de famille et omnipraticiens, le cabinet est l'endroit prédominant où ont lieu les consultations (figure 19b)[1]. Les centres de soins communautaires, le travail, l'école, les consultations à domicile et téléphoniques représentent moins de 1 p. 100 de la consultation la plus récente (données non présentées).

Les consultations de professionnels de la santé autres que les omnipraticiens sont relativement *rares* (figure 19c)[1], à l'exception des dentistes (sujet 21), bien qu'une forte proportion de personnes consultent aussi les ophtalmologistes (sujet 23). Il apparaît cependant clair que la prestation des soins de santé, même selon une définition élargie, incombe principalement au médecin de famille.

Différences entre les groupes

Bien que les femmes soient légèrement plus susceptibles que les hommes de consulter un professionnel de la santé, les différences dignes de mention se trouvent uniquement parmi le groupe des 18 à 34 ans (tableau 19). Les différences entre les sexes quant aux consultations médicales sont plus marquées, en particulier pour les personnes qui appartiennent aux groupes d'âge de 18 à 54 ans, où les femmes sont

environ de deux à trois fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Jusqu'à l'âge de 75 ans, les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes d'avoir consulté un médecin à deux ou plusieurs reprises au cours de l'année précédente. On observe la même tendance dans la base de données nationale sur les médecins, où l'on constate que les femmes consultent un médecin plus souvent que les hommes. Selon cette base, les femmes ont consulté un médecin sept fois en moyenne en 1993-1994, contre cinq fois pour les hommes[6].

Les différences liées à l'âge en ce qui touche les consultations de professionnels de la santé sont également peu importantes, étant donné que même 90 p. 100 des personnes de 12 à 24 ans ont consulté un type quelconque de professionnel de la santé au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Cependant, on observe la proportion de consultations la plus élevée chez les personnes plus âgées : 97 p. 100 des personnes âgées de 75 ans ou plus ont consulté un professionnel de la santé. De plus, la proportion de Canadiennes et de Canadiens qui ont rendu visite à un médecin au moins une fois augmente proportionnellement à l'âge, tout comme la proportion de ceux qui ont consulté deux fois ou plus.

Le lien entre le niveau d'instruction et la proportion de consultations de professionnels de la santé est peu révélateur ; on a toutefois observé une probabilité légèrement plus élevée chez les Canadiens ayant fait des études secondaires seulement (tableau 19). Les comparaisons provinciales révèlent une variation un peu plus marquée : les Terre-Neuviens sont les moins susceptibles de consulter un professionnel de la santé (88 p. 100) et les Québécois, les moins susceptibles de voir un médecin. Les professionnels en soins de santé, en particulier les médecins, sont plus susceptibles d'être consultés en Colombie-Britannique, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba.

Le nombre de consultations augmente également avec le revenu : 87 p. 100 des personnes appartenant au revenu inférieur ont consulté un médecin au moins une fois, comparativement à 96 p. 100 des personnes au revenu supérieur (données non présentées)[1].

Définitions et méthodes

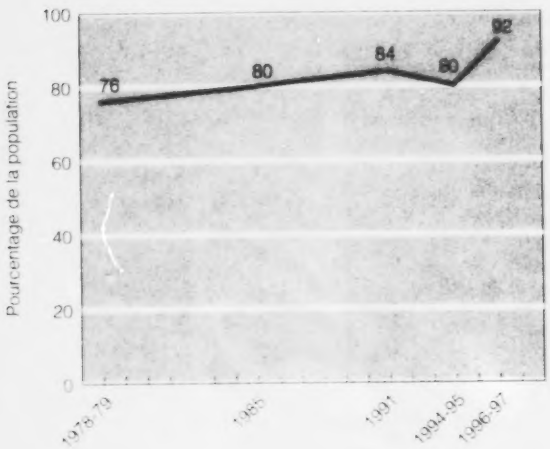
À moins d'indication contraire, les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête, a rejoint plus de 20 000 ménages, qui avaient participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur un échantillonnage de 18 000 répondants de 12 ans et plus. L'enquête comptait aussi un échantillon de quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans[8].

Les données aux fins de comparaison avec les années précédentes sont limitées aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Ouvrages de référence

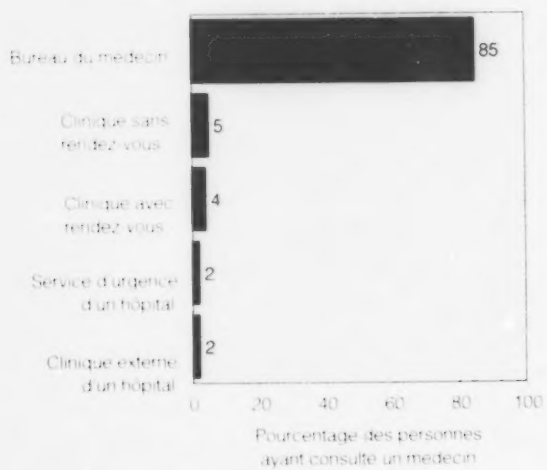
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Enquête sur la santé des Canadiens, 1978-1979*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 1, 1985*, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 6, 1991*, totalisations spéciales.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données nationale sur les médecins 1993-1994.*
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur les soins médicaux 1978-1979.*
8. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 19a **Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois, population de 15 ans ou plus, Canada, 1978–1979 à 1996–1997**



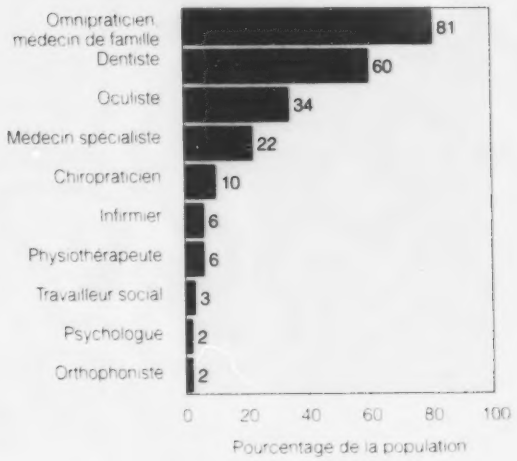
Sources: Statistique Canada. *Enquête sur la santé des Canadiens 1978-1979, Enquête sociale générale, cycles 1 (1985) et 6 (1991), et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 19b **Lieu des consultations du médecin de famille, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



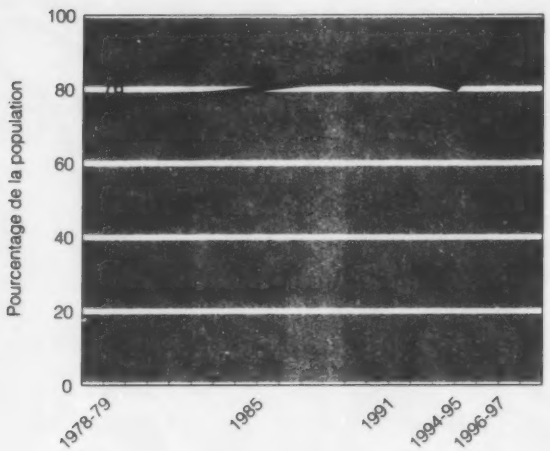
Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 19c **Professionnels de la santé consultés, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



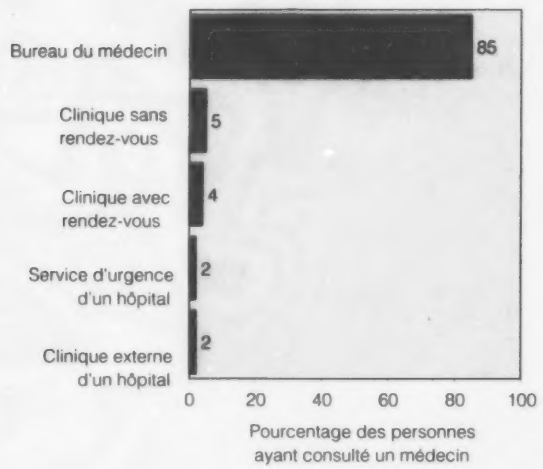
Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 19a **Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois, population de 15 ans ou plus, Canada, 1978–1979 à 1996–1997**



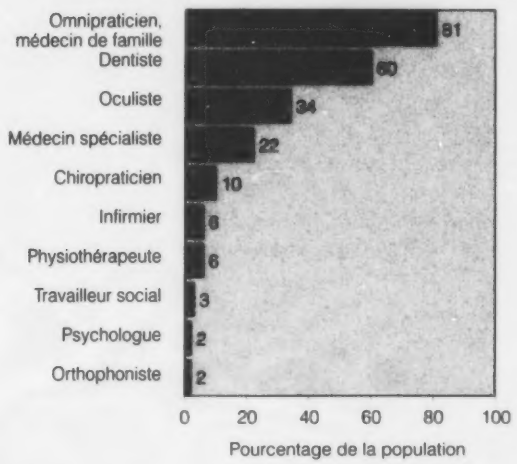
Sources: Statistique Canada, *Enquête sur la santé des Canadiens 1978-1979, Enquête sociale générale, cycles 1 (1985) et 6 (1991), et Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 19b **Lieu des consultations du médecin de famille, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 19c **Professionnels de la santé consultés, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 19. **Consultations de professionnels de soins de santé au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Professionnel de la santé quelconque	Consultations médicales uniquement		
		1+	0	1	2+
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**93**	**20**	**21**	**60**
Hommes	12 099	90	27	23	51
Femmes	12 495	95	13	19	68
Total, 12 à 14 ans	1 151	95	25	28	47
Hommes	580	94	29	30	41
Femmes	571	96	20	26	53
Total, 15 à 17 ans	1 284	95	22	24	54
Hommes	683	94	25	25	50
Femmes	601	97	18	24	59
Total, 18 à 19 ans	826	90	23	23	54
Hommes	403	84	31	23	45
Femmes	424	96	15	23	62
Total, 20 à 24 ans	1 873	89	24	22	54
Hommes	948	84	36	25	39
Femmes	924	95	12	19	69
Total, 25 à 34 ans	4 472	91	22	20	58
Hommes	2 209	85	34	22	44
Femmes	2 263	96	10	18	71
Total, 35 à 44 ans	5 238	92	22	23	55
Hommes	2 645	89	30	24	45
Femmes	2 593	95	15	21	64
Total, 45 à 54 ans	3 771	93	20	23	58
Hommes	1 922	91	25	25	50
Femmes	1 849	95	14	20	66
Total, 55 à 64 ans	2 565	93	15	19	66
Hommes	1 231	90	19	20	62
Femmes	1 334	96	11	19	71
Total, 65 à 74 ans	2 096	95	11	15	74
Hommes	930	94	13	15	72
Femmes	1 166	95	10	15	75
Total, 75 ans et +	1 320	97	7	11	81
Hommes	549	97	6	11	83
Femmes	771	97	8	12	80
Inférieur au secondaire	7 526	89	22	18	60
Secondaire	9 307	93	20	21	59
Collégial	34	84	17	18	54
Universitaire	3 461	86	18	19	53
Terre-Neuve	478	88	21	15	65
Île-du-Prince-Édouard	113	92	20	21	59
Nouvelle-Écosse	775	93	17	16	66
Nouveau-Brunswick	632	90	20	24	56
Québec	6 131	91	24	24	52
Ontario	9 323	94	17	21	61
Manitoba	902	93	19	20	61
Saskatchewan	801	92	19	18	63
Alberta	2 244	91	20	21	59
Colombie-Britannique	3 196	93	18	17	66

* Proportion de répondants ayant consulté un professionnel de la santé quelconque.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

20

Tests de dépistage du VIH

Introduction

Savoir qu'une personne est séropositive ou non peut se révéler utile pour plusieurs raisons. S'il s'avère qu'une personne est infectée au VIH (sujet 71), on peut dès lors songer au recours aux traitements antirétroviraux. En ce qui concerne les femmes enceintes, le traitement peut diminuer les risques de donner naissance à un enfant séropositif[1]. De même, les conseils prodigués au moment des tests de dépistage du VIH peuvent procurer de l'information quant à la façon de réduire le risque d'infection, tant pour les personnes séropositives que séronégatives (voir le sujet 50).

Tests de dépistage du VIH, 1996–1997

Selon le Sondage Santé Canada (SSC) mené en janvier 1997, 19 p. 100 des hommes et 16 p. 100 des femmes de 15 ans et plus ont, à un moment ou à un autre, subi un test de dépistage du VIH (à l'exception des tests sanguins dans le cadre de don de sang et aux fins d'assurance)[2,3]. De ce nombre, 39 p. 100 ont subi ce test dans l'année ayant précédé l'enquête, 18 p. 100, entre un an et deux ans auparavant, et le reste, 43 p. 100, au-delà de deux ans.

En 1996-1997, l'ENSP a révélé que 15 p. 100 des hommes et des femmes de 18 ans et plus avaient subi un test de dépistage à un moment ou à un autre (tableau 20)[4]. La principale raison invoquée était la « tranquillité d'esprit », les autres motifs étant relativement peu fréquents (figure 20)[4].

Différences entre les groupes

Selon les deux enquêtes, des proportions à peu près égales d'hommes et de femmes ont subi un test de dépistage mais, et cela n'est pas étonnant, les tests de dépistage du VIH sont fortement associés à l'âge (tableau 20)[4]. En effet, les Canadiennes et les Canadiens âgés de 25 à 34 ans sont les plus susceptibles de s'être soumis à ce test (25 p. 100), et ceux de 45 et plus, les moins susceptibles (11 p. 100 ou moins). Les tests sont nettement plus fréquents chez les diplômés universitaires (18 p. 100) que chez les personnes n'ayant pas dépassé le niveau secondaire (11 p. 100). Les tests sont cependant plus fréquents dans les groupes au revenu inférieur (20 p. 100), alors qu'ils vont de 13 à 17 p. 100 dans les groupes au revenu supérieur, même après la normalisation en fonction de l'âge (données non présentées). Les écarts interprovinciaux varient bien davantage, allant d'un plafond de 17 p. 100 en Ontario et en Colombie-Britannique, à un plancher de 8 p. 100 dans les provinces Atlantiques et en Saskatchewan (tableau20).

Les personnes qui déclarent avoir été à risque d'infection au VIH sont plus susceptibles de s'être prêtées à un test de dépistage. Par exemple, parmi les répondants au SSC de 1997, les répondants ayant eu des partenaires sexuels de l'autre sexe et ceux qui ont eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir subi un test que les personnes n'ayant eu qu'un seul partenaire sexuel (51 contre 17 p. 100)[2,3]. Par ailleurs, l'ENSP révèle que les tests de dépistage du VIH sont au moins deux fois plus fréquents chez les personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête (34 p. 100) que chez celles qui n'ont eu aucun partenaire sexuel (12 p. 100) ou un seul (17 p. 100)[5].

Parmi les répondants du SSC de 1997 qui déclarent avoir eu une maladie transmise sexuellement (MTS) au cours des cinq dernières années, 58 p. 100 ont subi un test, comparativement à 17 p. 100 de ceux qui ont déclaré n'avoir eu aucune MTS[2,3]. Parmi les Canadiens qui ont eu des relations sexuelles et qui déclare avoir eu une MTS au cours des deux ans ayant précédé l'ENSP, 40 p. 100 ont subi un test de dépistage

du VIH, comparativement à ceux qui n'ont pas eu de MTS au cours de la même période (18 p. 100)[5].

Bien que les personnes ayant déclaré des facteurs de risque comme l'utilisation de drogues injectables ou de multiples partenaires sexuels soient plus susceptibles de subir un test de dépistage, une proportion importante de ces personnes n'ont pas subi de test de dépistage récent, ou n'en ont jamais subi. Par exemple, parmi les répondants au SSC qui déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année et n'avoir pas toujours utilisé un condom, 53 p. 100 des hommes et 38 p. 100 des femmes n'ont jamais subi de test de dépistage[2,3]. Ce résultat est inquiétant, car il suggère qu'un nombre important de Canadiens sont peut-être séropositifs à leur insu.

Définitions et méthodes

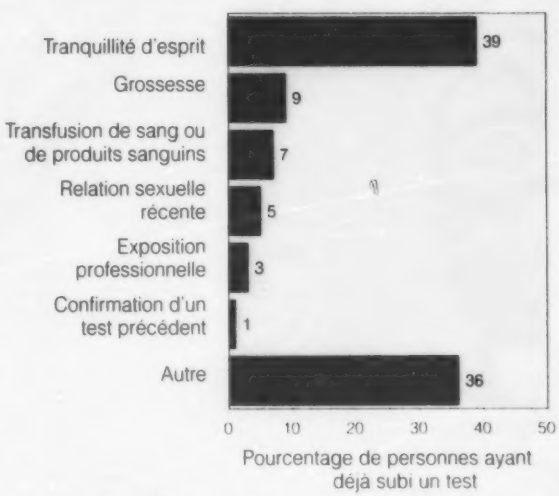
Sondage Santé Canada est une enquête nationale téléphonique continue sur la santé. Le sondage de 1997 a été mené en janvier, et l'on a interrogé 2 513 personnes âgées de 15 ans et plus. On a utilisé l'échantillonnage aléatoire stratifié, où l'on a effectué des groupements par province et par taille des collectivités, selon la population estimative révélée par le recensement. Le choix des ménages s'est effectué par composition aléatoire au sein de chaque strate, et une personne admissible par ménage a été choisie au hasard au moment de l'appel.

Les données de l'ENSP présentées ici proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur l'échantillon complet d'environ 68 000 répondants de 18 ans et plus[6]. Les données indirectes (de tierces personnes) étaient inacceptables.

Ouvrages de référence

1. Connor, E.M., R.S. Sperling, R. Gelber et autres, « Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group », *New England Journal of Medicine*, 1995, vol. 331, nº 18, p. 1173-1180.
2. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Division de l'épidémiologie du VIH/sida, *Sondage Santé Canada*, janvier 1997: données non publiées.
3. Houston S.M., C.P. Archibald et D. Sutherland, *Sexual Risk Behaviours Are Associated with HIV testing in the Canadian General Population*, 7ième Congrès annuel canadien sur la recherche en matière de VIH/sida, Québec, mai 1988.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
5. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1996-1997, totalisations spéciales.
6. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 20. **Principale raison de subir un test de dépistage du VIH, population de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales du Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

du VIH, comparativement à ceux qui n'ont pas eu de MTS au cours de la même période (18 p. 100)[5].

Bien que les personnes ayant déclaré des facteurs de risque comme l'utilisation de drogues injectables ou de multiples partenaires sexuels soient plus susceptibles de subir un test de dépistage, une proportion importante de ces personnes n'ont pas subi de test de dépistage récent, ou n'en ont jamais subi. Par exemple, parmi les répondants au SSC qui déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année et n'avoir pas toujours utilisé un condom, 53 p. 100 des hommes et 38 p. 100 des femmes n'ont jamais subi de test de dépistage[2,3]. Ce résultat est inquiétant, car il suggère qu'un nombre important de Canadiens sont peut-être séropositifs à leur insu.

Définitions et méthodes

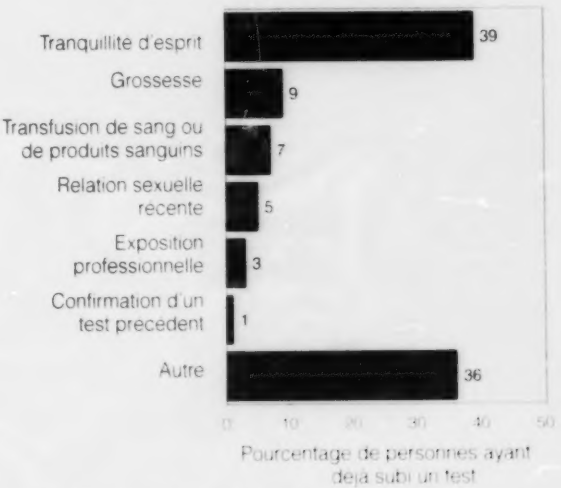
Sondage Santé Canada est une enquête nationale téléphonique continue sur la santé. Le sondage de 1997 a été mené en janvier, et l'on a interrogé 2 513 personnes âgées de 15 ans et plus. On a utilisé l'échantillonnage aléatoire stratifié, où l'on a effectué des groupements par province et par taille des collectivités, selon la population estimative révélée par le recensement. Le choix des ménages s'est effectué par composition aléatoire au sein de chaque strate, et une personne admissible par ménage a été choisie au hasard au moment de l'appel.

Les données de l'ENSP présentées ici proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur l'échantillon complet d'environ 68 000 répondants de 18 ans et plus[6]. Les données indirectes (de tierces personnes) étaient inacceptables.

Ouvrages de référence

1. Connor, E.M., R.S. Sperling, R. Gelber et autres, « Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group », *New England Journal of Medicine*, 1995, vol. 331, n° 18, p. 1173-1180.
2. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Division de l'épidémiologie du VIH/sida, *Sondage Santé Canada*, janvier 1997: données non publiées.
3. Houston S.M., C.P. Archibald et D. Sutherland, *Sexual Risk Behaviours Are Associated with HIV testing in the Canadian General Population*, 7ième Congrès annuel canadien sur la recherche en matière de VIH/sida, Québec, mai 1988.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
5. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1996-1997, totalisations spéciales.
6. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 20 **Principale raison de subir un test de dépistage du VIH, population de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales du Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Tableau 20 Fréquence des tests de dépistage du VIH/sida, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997

	Estimé de population	Test subi
	(en milliers)	(%)
Total, 18 ans ou +	**21 464**	**15**
Hommes	10 415	15
Femmes	11 049	15
Total, 18 à 19 ans	806	11
Hommes	386	9
Femmes	420	12
Total, 20 à 24 ans	1 828	22
Hommes	916	20
Femmes	912	25
Total, 25 à 34 ans	4 354	25
Hommes	2 138	22
Femmes	2 216	28
Total, 35 à 44 ans	5 168	18
Hommes	2 604	19
Femmes	2 564	18
Total, 45 à 54 ans	3 678	11
Hommes	1 867	12
Femmes	1 812	10
Total, 55 à 64 ans	2 469	7
Hommes	1 162	7
Femmes	1 308	6
Total, 65 à 74 ans	1 975	4
Hommes	871	5
Femmes	1 104	3
Total, 75 ans et +	1 186	2
Hommes	472	3
Femmes	714	1
Inférieur au secondaire	4 946	11
Secondaire	9 057	15
Collégial	3 963	16
Universitaire	3 387	18
Terre-Neuve	400	8
Île-du-Prince-Édouard	100	8
Nouvelle-Écosse	685	11
Nouveau-Brunswick	549	8
Québec	5 397	14
Ontario	8 059	17
Manitoba	780	11
Saskatchewan	693	8
Alberta	1 935	15
Colombie-Britannique	2 867	17

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

21

Visites chez le dentiste

Introduction

La santé dentaire est un aspect important de la santé globale, et les dentistes comptent parmi les professionnels de la santé que consultent régulièrement les Canadiennes et les Canadiens (sujet 19). Le présent chapitre examine les données récentes sur l'assurance-soins dentaires et le moment de la consultation la plus récente.

Assurance-soins dentaires et consultations

Plus de la moitié des Canadiens âgés de 12 ans et plus bénéficient d'une assurance-soins dentaires (tableau 21)[1], soit la même proportion depuis 1990[2].

Assurés ou pas, presque les deux tiers (62 p. 100) des Canadiens déclarent être allés chez le dentiste au cours de l'année ayant précédé l'enquête, et 20 p. 100 de plus, au cours des deux dernières années. Dans l'ensemble, 19 p. 100 des Canadiens n'ont pas consulté un dentiste depuis trois ans ou plus (tableau 21). Parmi ces derniers, les principaux motifs invoqués sont l'inutilité de le faire (43 p. 100), ou le port de prothèses (33 p. 100). Les coûts sont aussi un obstacle chez 12 p. 100 des répondants, tandis que seulement 3 p. 100 ont tout simplement peur du dentiste. Seulement 1 p. 100 des Canadiens déclarent *avoir eu* de la difficulté à obtenir les services d'un dentiste (données non présentées).

Il est difficile de comparer les variations dans le temps à ce chapitre, à cause du changement de question posée. En 1990, 75 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus déclaraient avoir vu le dentiste au cours de la dernière année, mais le champ se limitait aux personnes ayant encore une ou des dents naturelles, qui représentaient 84 p. 100 des adultes[2]. Si les personnes n'ayant plus de dents naturelles n'étaient pas allées chez le dentiste auparavant, une hypothèse impossible à vérifier, cela équivaudrait à 63 p. 100 de la population. Il semble donc qu'il y ait eu peu de changement entre 1990 et 1997, quant à la régularité des visites chez le dentiste.

En répondant à une question ouverte sur ce qui les a incités à se rendre chez le dentiste, la plupart des Canadiens ont invoqué des raisons de prévention, et une faible proportion seulement désirait régler un problème (figure 21)[1]. Cela reflète l'importance relative des motifs invoqués en 1990[2].

Différences entre les groupes

Une plus grande proportion d'enfants, de jeunes et d'adultes en âge de travailler que d'aînés bénéficient d'une assurance-soins dentaires (tableau 21). Il n'existe à toutes fins utiles aucune différence entre les sexes, sauf chez les aînés, où seulement 25 p. 100 des hommes et 17 p. 100 des femmes de 75 ans et plus ont déclaré avoir une telle assurance, contre 71 p. 100 des adolescentes et des adolescents approchant l'âge adulte.

Les écarts selon le revenu sont plus marqués. En effet, les personnes appartenant au groupe de revenu supérieur sont presque trois fois plus susceptibles de posséder une assurance que celles qui appartiennent au groupe de revenu inférieur (tableau 21). On observe le même phénomène quant au niveau d'instruction, bien que les différences soient moins prononcées à ce chapitre (données non présentées). On retrouvait les mêmes écarts socio-économiques en 1990[2].

Les écarts interprovinciaux sont importants en ce qui concerne l'assurance-soins dentaires, allant d'un minimum de 40 p. 100 au Québec et de 43 p. 100 à Terre-Neuve, à un maximum de 62 p. 100 en Alberta et de 63 p. 100 en Ontario (tableau 21). Ces rangs relatifs ressemblent beaucoup à ceux de 1990[2].

En général, l'éventualité d'une visite récente décroît avec l'âge. En effet, les aînés sont

approximativement la moitié moins susceptibles d'avoir consulté un dentiste au cours de la dernière année que les Canadiens les plus jeunes (tableau 21). De la même manière, les chances que la visite la plus récente remonte à trois ans ou plus augmentent considérablement avec l'âge. Presque la moitié des Canadiens de 75 ans et plus n'ont pas vu le dentiste depuis au moins trois ans, contre seulement 2 p. 100 des personnes appartenant au groupe le plus jeune. Comme en 1990 toutefois, on observe une diminution marquée chez les jeunes de 20 à 24 ans, en ce qui concerne les visites récentes chez le dentiste[2].

Dans l'ensemble, la répartition des visites récentes chez le dentiste ressemble beaucoup à celle de l'assurance-soins dentaires. Il n'est donc pas étonnant de constater que les personnes au revenu supérieur sont deux fois plus susceptibles d'être allées récemment chez le dentiste que celles au revenu inférieur (tableau 21), ou que les diplômés universitaires sont plus susceptibles d'avoir vu le dentiste (dans une proportion de 40 p. 100) que les personnes n'ayant pas achevé leurs études secondaires (données non présentées).

Les chances d'une visite récente sont les plus faibles, et celles d'une visite reculée les plus élevées à Terre-Neuve et en Saskatchewan, tandis que l'inverse, des soins dentaires récents, s'avère particulièrement vrai en Ontario et en Colombie-Britannique (tableau 21). Ce classement est semblable à celui de 1990[2].

Définitions et méthodes

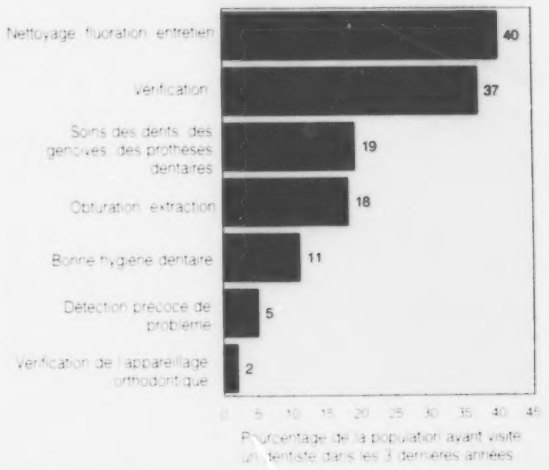
Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur un échantillon de 18 000 répondants de 12 ans et plus. L'enquête comptait aussi un échantillon de quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans[4].

Les raisons invoquées pour les visites chez le dentiste (figure 21) sont des réponses non suggérées, et les raisons multiples étaient acceptées.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Charette, A.,« Santé dentaire », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, 1993, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F.
3. Statistique Canada, *«Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997»*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 21 **Raisons* de la visite la plus récente chez le dentiste, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Réponses multiples acceptées.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

approximativement la moitié moins susceptibles d'avoir consulté un dentiste au cours de la dernière année que les Canadiens les plus jeunes (tableau 21). De la même manière, les chances que la visite la plus récente remonte à trois ans ou plus augmentent considérablement avec l'âge. Presque la moitié des Canadiens de 75 ans et plus n'ont pas vu le dentiste depuis au moins trois ans, contre seulement 2 p. 100 des personnes appartenant au groupe le plus jeune. Comme en 1990 toutefois, on observe une diminution marquée chez les jeunes de 20 à 24 ans, en ce qui concerne les visites récentes chez le dentiste[2].

Dans l'ensemble, la répartition des visites récentes chez le dentiste ressemble beaucoup à celle de l'assurance-soins dentaires. Il n'est donc pas étonnant de constater que les personnes au revenu supérieur sont deux fois plus susceptibles d'être allées récemment chez le dentiste que celles au revenu inférieur (tableau 21), ou que les diplômés universitaires sont plus susceptibles d'avoir vu le dentiste (dans une proportion de 40 p. 100) que les personnes n'ayant pas achevé leurs études secondaires (données non présentées).

Les chances d'une visite récente sont les plus faibles, et celles d'une visite reculée les plus élevées à Terre-Neuve et en Saskatchewan, tandis que l'inverse, des soins dentaires récents, s'avère particulièrement vrai en Ontario et en Colombie-Britannique (tableau 21). Ce classement est semblable à celui de 1990[2].

Définitions et méthodes

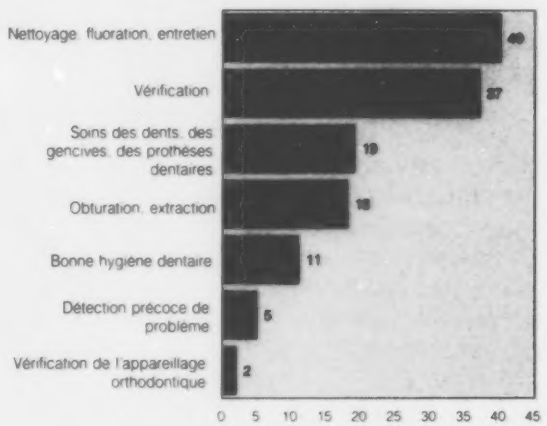
Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur un échantillon de 18 000 répondants de 12 ans et plus. L'enquête comptait aussi un échantillon de quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans[3].

Les raisons invoquées pour les visites chez le dentiste (figure 21) sont des réponses non suggérées, et les raisons multiples étaient acceptées.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Charette, A.,« Santé dentaire », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, 1993, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F.
3. Statistique Canada, *«Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997»*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 21 **Raisons* de la visite la plus récente chez le dentiste, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Réponses multiples acceptées.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 21. **Assurance dentaire et visites chez le dentiste, selon l'âge, le sexe, le revenu du ménage (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Assurés	Dernière visite chez le dentiste		
			Moins d'un an	1-3 ans	3 ans ou + ou jamais
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**23 884**	**55**	**62**	**20**	**19**
Hommes	11 651	56	60	21	19
Femmes	12 233	54	64	18	18
Total, 12 à 14 ans	1 041	67	86	12	2
Hommes	507	68	86	12	#
Femmes	534	66	86	12	1
Total, 15 à 17 ans	1 243	71	79	17	4
Hommes	658	71	80	16	4
Femmes	585	71	78	18	4
Total, 18 à 19 ans	814	61	73	21	6
Hommes	396	58	69	24	7
Femmes	418	63	77	17	6
Total, 20 à 24 ans	1 828	48	58	30	12
Hommes	913	46	52	34	14
Femmes	915	50	63	27	10
Total, 25 à 34 ans	4 415	59	62	24	14
Hommes	2 170	59	57	26	17
Femmes	2 245	60	67	22	12
Total, 35 à 44 ans	5 158	65	67	20	13
Hommes	2 594	65	64	21	14
Femmes	2 564	65	70	19	12
Total, 45 à 54 ans	3 685	63	64	17	18
Hommes	1 862	62	63	18	20
Femmes	1 823	63	66	17	17
Total, 55 à 64 ans	2 504	46	52	17	31
Hommes	1 196	50	51	18	31
Femmes	1 308	44	53	16	30
Total, 65 à 74 ans	2 006	25	45	14	40
Hommes	879	26	45	15	40
Femmes	1 127	23	46	14	41
Total, 75 ans et +	1 189	20	39	14	48
Hommes	476	25	39	15	46
Femmes	713	17	39	12	49
Revenu inférieur	947	26	42	27	31
Revenu moyen-inférieur	2 197	25	45	24	31
Revenu moyen	5 923	56	55	23	23
Revenu moyen-supérieur	7 795	67	67	18	15
Revenu supérieur	3 048	73	81	13	6
Revenu non déclaré	3 899	55	63	19	18
Terre-Neuve	459	43	44	24	32
Île-du-Prince-Édouard	110	48	58	22	20
Nouvelle-Écosse	756	50	57	18	25
Nouveau-Brunswick	618	53	52	22	27
Québec	5 966	40	53	23	24
Ontario	9 034	63	71	15	14
Manitoba	879	58	60	19	20
Saskatchwan	782	50	48	23	29
Alberta	2 129	62	59	22	18
Colombie-Britannique	3 152	59	64	22	14

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

22

Examens médicaux

Introduction

L'examen médical annuel est une habitude bien ancrée dans les moeurs d'un grand nombre de Canadiennes et de Canadiens, bien que les autorités s'interrogent depuis longtemps sur son efficacité et sa rentabilité quant au dépistage précoce chez la population générale, à faible risque. Selon les recommandations de longue date du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs[1], il n'est pas nécessaire de procéder périodiquement à un examen médical complet, mais d'effectuer plutôt des procédures particulières comme la vérification de la tension artérielle (sujet 18), les tests de Pap (sujet 16) ou l'examen des seins (sujet 17), selon un profil de risque qui tient compte de l'âge ainsi que des antécédents médicaux et familiaux. Certains médecins estiment toutefois que tant qu'à procéder aux tests recommandés, aussi bien effectuer un examen médical complet, qui prendra peu de ressources et de temps additionnels.

Le présent chapitre se penche sur la fréquence de l'examen médical périodique au Canada.

Fréquence de l'examen médical, 1996–1997

Des 80 p. 100 de Canadiennes et de Canadiens âgés de 12 ans et plus ayant subi un examen médical avant la deuxième *Enquête*, la moitié l'avait subi au cours de la dernière année, et le tiers, au cours des trois dernières années (tableau 22)[2]. Cet examen remontait à plus de trois ans chez seulement 14 p. 100 de la population ayant déjà été examinée. Des 16,7 millions de Canadiens examinés au cours des trois dernières années, les deux tiers ont déclaré subir un examen médical au moins une fois l'an. Étant donné l'absence de données antérieures comparables à ce sujet, il est impossible de savoir si la situation a changé depuis vingt ans, depuis la présentation des premières recommandations relatives aux soins de santé préventifs.

Le motif le plus souvent invoqué, et de loin, pour passer un examen médical est le désir de s'assurer que tout va bien (figure 22)[2]. Les gens invoquent d'autres raisons qui arrivent toutefois très loin derrière la première. Seulement 6 p. 100 des personnes ont subi un examen médical à cause de leur travail, et 14 p.100, pour vérifier divers troubles existants (les raisons multiples ont été acceptées).

Parmi les Canadiens *n'ayant pas* subi d'examen médical au cours des trois dernières années, 74 p. 100 affirment ne voir aucune raison de le faire, ce qui contraste avec le fait que seulement 5 p. 100 déclarent que cela est l'avis de leur médecin. Presque le quart (22 p. 100) affirme ne pas avoir trouvé l'occasion, ce qui suggère que ce genre d'examen n'est pas une priorité. Seulement 1 p. 100 des Canadiens ayant subi un examen médical estime avoir eu de la difficulté à en obtenir un, et moins de 0,5 p. 100 a indiqué ne pas en avoir subi un récemment en raison des coûts (données non présentées).

Différences entre les groupes

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de s'être soumises à un examen médical récent, et d'en subir un au moins annuellement (tableau 22). Ces différences entre les sexes sont particulièrement évidentes dans les groupes d'âge entre 18-19 ans et 35 à 44 ans, ce qui correspond à l'âge de procréation. Chez les aînés de 65 ans et plus, et *seulement* chez ceux-ci, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de s'être soumis à un examen médical récent, et d'en subir un au moins annuellement.

De l'enfance à l'âge moyen, les chances d'avoir subi un examen médical récent sont faibles, surtout chez les jeunes hommes (tableau 22). Les deux tiers ou plus des personnes âgées déclarent avoir subi un

examen médical au cours de la dernière année, et la vaste majorité se prête à un examen au moins tous les ans.

À l'opposé de ces habitudes selon l'âge, il n'y a absolument aucun lien entre le fait d'avoir subi un examen médical récent et le revenu adéquat (tableau 22) ou le niveau d'instruction (données non présentées), ni entre le revenu et le fait de passer un examen médical annuel. Fait intéressant à souligner, les diplômés collégiaux et universitaires sont légèrement moins susceptibles que la moyenne des gens de se soumettre à un examen médical régulier mais les écarts avec les personnes moins instruites sont faibles (données non présentées).

En ce qui concerne les examens récents, les écarts interprovinciaux sont faibles, allant de 44 p. 100 au Québec à 56 p. 100 à Terre-Neuve (tableau 22). Il y a également peu de variations entre les provinces quant à la régularité des examens annuels parmi les personnes qui se sont prêtées à un examen (de 63 à 71 p. 100).

Définitions et méthodes

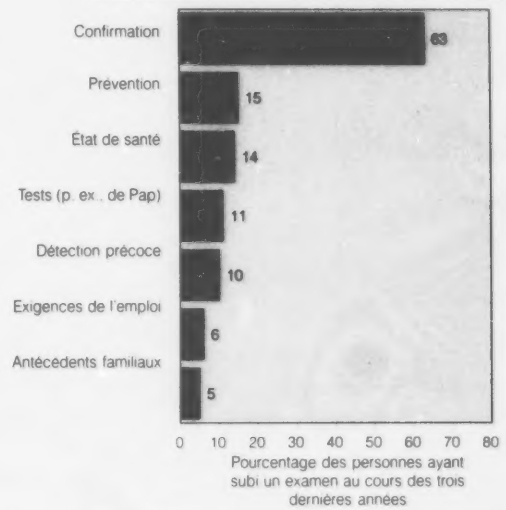
Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur les réponses de 18 000 répondants de 12 ans et plus. L'enquête comptait aussi un échantillon de quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans[3].

Comme nous l'avons mentionné, les questions sur l'examen récent n'ont été posées qu'aux répondants qui avaient déjà été examinés (représentant 20 millions de personnes ou 80 p. 100 du total des 12 ans et plus), et les questions sur la fréquence des examens étaient posées aux répondants qui avaient subi un examen au cours des trois dernières années.

Ouvrages de référence

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, « L'examen médical périodique : rapport du groupe d'étude », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1979, nº 121, p. 1193-1254.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 22. **Raisons* de subir un examen médical, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Réponses multiples acceptées

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

examen médical au cours de la dernière année, et la vaste majorité se prête à un examen au moins tous les ans.

À l'opposé de ces habitudes selon l'âge, il n'y a absolument aucun lien entre le fait d'avoir subi un examen médical récent et le revenu adéquat (tableau 22) ou le niveau d'instruction (données non présentées), ni entre le revenu et le fait de passer un examen médical annuel. Fait intéressant à souligner, les diplômés collégiaux et universitaires sont légèrement moins susceptibles que la moyenne des gens de se soumettre à un examen médical régulier, mais les écarts avec les personnes moins instruites sont faibles (données non présentées).

En ce qui concerne les examens récents, les écarts interprovinciaux sont faibles, allant de 44 p. 100 au Québec à 56 p. 100 à Terre-Neuve (tableau 22). Il y a également peu de variations entre les provinces quant à la régularité des examens annuels parmi les personnes qui se sont prêtées à un examen (de 63 à 71 p. 100).

Définitions et méthodes

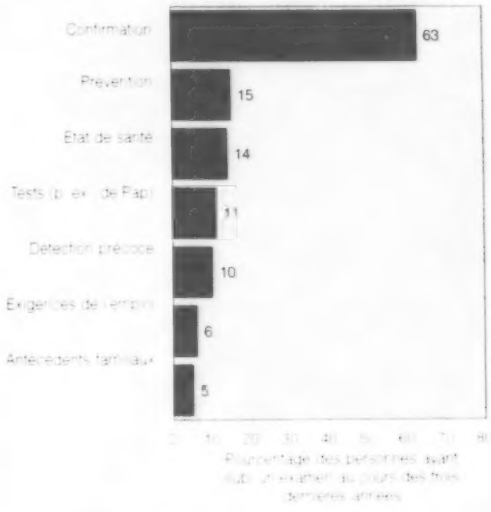
Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur les réponses de 18 000 répondants de 12 ans et plus. L'enquête comptait aussi un échantillon de quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans[1].

Comme nous l'avons mentionné, les questions sur l'examen récent n'ont été posées qu'aux répondants qui avaient déjà été examinés (représentant 20 millions de personnes ou 80 p. 100 du total des 12 ans et plus), et les questions sur la fréquence des examens étaient posées aux répondants qui avaient subi un examen au cours des trois dernières années.

Ouvrages de référence

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, « L'examen médical périodique : rapport du groupe d'étude », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1979, n° 121, p. 1193-1254.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 22 **Raisons* de subir un examen médical, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Réponses multiples acceptées

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales

Tableau 22 **Examen médical complet le plus récent parmi les personnes qui en ont déjà subi, et fréquence des examens, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Examen médical le plus récent			Fréquence des examens	
		Moins d'un an	1-3 ans	3 ans ou +	Annuel	Moins qu'annuel
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**19 677**	**50**	**35**	**14**	**67**	**33**
Hommes	9 431	44	36	20	58	42
Femmes	10 246	56	35	10	75	25
Total, 12 à 14 ans	666	51	42	6	70	30
Hommes	334	50	44	6	69	31
Femmes	333	53	40	7	72	28
Total, 15 à 17 ans	816	52	36	11	66	34
Hommes	428	47	39	14	63	37
Femmes	388	59	33	9	69	31
Total, 18 à 19 ans	560	53	36	12	65	35
Hommes	260	36	47	18	52	48
Femmes	300	67	27	6	75	25
Total, 20 à 24 ans	1 353	48	37	14	63	37
Hommes	628	35	38	26	45	55
Femmes	725	59	37	4	75	25
Total, 25 à 34 ans	3 603	45	37	17	55	34
Hommes	1 688	33	40	27	48	52
Femmes	1 914	56	35	9	78	22
Total, 35 à 44 ans	4 388	45	38	17	62	38
Hommes	2 163	39	37	24	48	52
Femmes	2 225	51	39	10	74	26
Total, 45 à 54 ans	3 190	50	36	15	65	35
Hommes	1 604	44	38	18	56	44
Femmes	1 586	55	34	11	74	26
Total, 55 à 64 ans	2 269	55	32	13	72	28
Hommes	1 100	53	32	16	67	33
Femmes	1 170	57	33	10	77	23
Total, 65 à 74 ans	1 779	59	29	11	77	23
Hommes	796	64	26	10	78	22
Femmes	982	56	32	12	76	24
Total, 75 ans et +	1 054	63	27	10	80	20
Hommes	430	70	20	11	84	16
Femmes	625	59	31	10	78	22
Revenu inférieur	722	50	33	17	68	32
Revenu moyen-inférieur	1 673	50	34	15	69	31
Revenu moyen	4 805	49	37	15	66	34
Revenu moyen-supérieur	6 510	50	36	15	67	33
Revenu supérieur	2 671	49	34	17	67	33
Revenu non déclaré	3 296	53	35	12	70	30
Terre-Neuve	324	56	33	11	70	30
Île-du-Prince-Édouard	92	48	38	15	69	31
Nouvelle-Écosse	559	54	34	12	69	31
Nouveau-Brunswick	479	46	42	12	65	35
Québec	4 553	44	38	19	66	34
Ontario	7 872	55	33	12	71	29
Manitoba	788	50	34	15	63	37
Saskatchewan	642	47	40	14	63	37
Alberta	1 837	50	35	15	63	37
Colombie-Britannique	2 532	48	37	15	65	35

[a] Parmi les personnes qui ont subi un examen.
[b] Parmi les personnes qui ont subi un examen au cours des trois dernières années.
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

23

Examens de la vue

Introduction

Il semble que la détérioration de la vue soit une des conséquences biologiques inéluctables du vieillissement, et la majorité des Canadiennes et des Canadiens déclarent avoir des problèmes de la vue (sujet 59). Outre le vieillissement, le diabète, qui affecte 3 p. 100 de la population (sujet 68) est un facteur de risque majeur des problèmes de la vue. Par conséquent, on recommande un examen régulier de la vue pour vérifier la vision, prescrire des verres correcteurs ou contrôler la présence de maladies des yeux, comme par exemple le glaucome. Les régimes de soins médicaux provinciaux varient en ce qui concerne les examens de la vue ; dans la plupart des cas, on rembourse l'examen annuel effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, mais il faut généralement souscrire à un régime privé pour le remboursement des verres correcteurs prescrits.

Le présent chapitre porte sur la fréquence des examens de la vue et sur la portée de l'assurance pour les verres correcteurs, ainsi que les motifs pour des examens réguliers ou non.

Fréquence des examens de la vue, 1996–1997

Les trois quarts des Canadiens ont subi un examen de la vue au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête de 1996-1997, mais moins de la moitié (42 p. 100) ont déclaré avoir subi un examen au cours de la dernière année (tableau 23)[1]. Le quart des personnes âgées de 12 ans et plus a révélé n'avoir pas subi d'examen de la vue au cours des trois dernières années. Parmi les personnes s'étant soumises à un examen au cours des deux dernières années, 43 p. 100 subissaient un examen annuel.

Les deux principaux motifs invoqués pour subir un examen de la vue périodique sont le désir de s'assurer que tout va bien et pour mettre à jour une ordonnance (figure 23)[1]. Les autres raisons mentionnées sont de moindre importance.

Parmi les Canadiens *n'ayant pas* subi d'examen de la vue au cours des deux dernières années, 79 p. 100 estiment que cet examen n'est pas nécessaire, peut-être parce qu'ils ne souffrent d'aucun trouble de la vue. Seulement 1 p. 100 affirme que cela est l'avis de leur médecin. Près d'un Canadien sur cinq (18 p. 100) déclare ne pas en avoir eu l'occasion (données non présentées). Ces motifs et leur fréquence ressemblent à ceux invoqués pour ne pas se prêter à un examen médical périodique (sujet 22).

Seulement 1 p. 100 des Canadiens ayant subi un examen récent de la vue déclare avoir eu de la difficulté à l'obtenir, et 4 p. 100 d'entre eux indiquent que les coûts représentaient un obstacle (données non présentées). Dans l'ensemble, 47 p. 100 de la population possède une assurance qui couvre au moins une partie des coûts des lunettes ou des verres de contact (tableau 23).

Différences entre les groupes

Dans tous les groupes d'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir subi un examen de la vue récent, mais les écarts sont minimes et l'on n'observe aucune différence entre les deux sexes en ce qui concerne la régularité chez les personnes qui déclarent avoir vu récemment un spécialiste de la vue (tableau 23). Étonnamment, on remarque une grande cohérence entre les groupes d'âge, au moins jusqu'aux aînés, pour ce qui est d'une consultation récente. Chez les personnes qui ont déclaré s'être soumises à un examen ophtalmologique au cours des deux dernières années, les plus jeunes et les plus âgées sont les plus susceptibles d'avoir passé un examen annuel. Les Canadiens aux âges d'activité maximale sont les moins susceptibles de consulter un spécialiste de la vue régulièrement, estimant eux aussi que cet examen n'est pas nécessaire.

Les deux groupes au revenu supérieur sont légèrement plus susceptibles d'avoir eu un examen de la vue récemment, mais on n'observe aucune différence quant à la régularité des examens (tableau 23), ni de lien entre les examens de la vue et le niveau d'instruction (données non présentées).

Les écarts interprovinciaux à ce chapitre sont minimes, variant du plancher de 31 p. 100 à Terre-Neuve, au plafond de 48 p. 100 en Ontario (tableau 23). Parmi les personnes ayant subi un examen récent, on observe une plus grande variation en ce qui concerne la régularité des examens annuels, soit de 28-29% à Terre-neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard à 45-49% au Québec et en Ontario.

Les femmes et les hommes sont assurés dans des proportions égales, mais on observe des écarts importants selon l'âge, soit de 60 p. 100 chez les jeunes de 15 à 17 ans, à seulement 26 p. 100 chez les aînés de 75 ans et plus (tableau 23). Les personnes actives sont les plus susceptibles d'être assurées, sauf celles qui sont âgées de 20 à 24 ans, vraisemblablement parce que l'assurance est un avantage social dont ne bénéficient pas la plupart des jeunes travailleurs.

On observe un triple écart pour ce qui est des régimes d'assurance entre les groupes au revenu supérieur et inférieur (tableau 23), tendance qui ressemble à celle qu'on observe en ce qui concerne l'assurance-soins dentaires (sujet 21). Cet écart lié au revenu est parmi les plus marqués du présent rapport, bien que dans l'ensemble, il semble que les groupes sous-assurés ne soient pas moins susceptibles de subir un examen régulier de la vue que la moyenne des Canadiens.

C'est en Saskatchewan (26 p. 100) et au Québec (34 p. 100) qu'on déclare le moins souvent une assurance additionnelle pour les lunettes et les verres de contact, ce qui peut indiquer la disponibilité des régimes d'assurance gouvernementale dans ces deux provinces (tableau 23).

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur les réponses de 18 000 répondants de 12 ans et plus[1]. L'enquête a aussi inclus quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans.

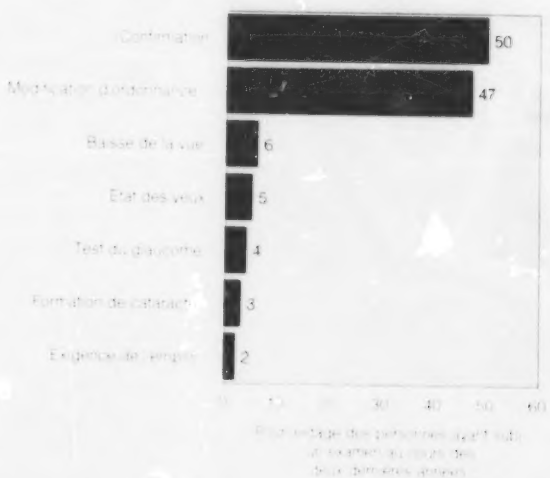
Comme nous l'avons mentionné, les réponses sur l'examen de la vue *le plus récent* et sur l'assurance ont été posées à tous les répondants, alors que les questions quant à la régularité des examens ne concernaient que les personnes ayant subi un examen au cours des deux dernières années (soit 14,4 millions de Canadiens, ou 60 p. 100 des personnes âgées de 12 ans et plus).

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.

2. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-97* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 23.2 Raisons* de subir un examen de la vue, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997



* Réponses multiples acceptées.

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Les deux groupes au revenu supérieur sont légèrement plus susceptibles d'avoir eu un examen de la vue récemment, mais on n'observe aucune différence quant à la régularité des examens (tableau 23), ni de lien entre les examens de la vue et le niveau d'instruction (données non présentées).

Les écarts interprovinciaux à ce chapitre sont minimes, variant du plancher de 31 p. 100 à Terre-Neuve, au plafond de 48 p. 100 en Ontario (tableau 23). Parmi les personnes ayant subi un examen récent, on observe une plus grande variation en ce qui concerne la régularité des examens annuels, soit de 28-29% à Terre-neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard à 45-49% au Québec et en Ontario.

Les femmes et les hommes sont assurés dans des proportions égales, mais on observe des écarts importants selon l'âge, soit de 60 p. 100 chez les jeunes de 15 à 17 ans, à seulement 26 p. 100 chez les aînés de 75 ans et plus (tableau 23). Les personnes actives sont les plus susceptibles d'être assurées, sauf celles qui sont âgées de 20 à 24 ans, vraisemblablement parce que l'assurance est un avantage social dont ne bénéficient pas la plupart des jeunes travailleurs.

On observe un triple écart pour ce qui est des régimes d'assurance entre les groupes au revenu supérieur et inférieur (tableau 23), tendance qui ressemble à celle qu'on observe en ce qui concerne l'assurance-soins dentaires (sujet 21). Cet écart lié au revenu est parmi les plus marqués du présent rapport, bien que dans l'ensemble, il semble que les groupes sous-assurés ne soient pas moins susceptibles de subir un examen régulier de la vue que la moyenne des Canadiens.

C'est en Saskatchewan (26 p. 100) et au Québec (34 p. 100) qu'on déclare le moins souvent une assurance additionnelle pour les lunettes et les verres de contact, ce qui peut indiquer la disponibilité des régimes d'assurance gouvernementale dans ces deux provinces (tableau 23).

Définitions et méthodes

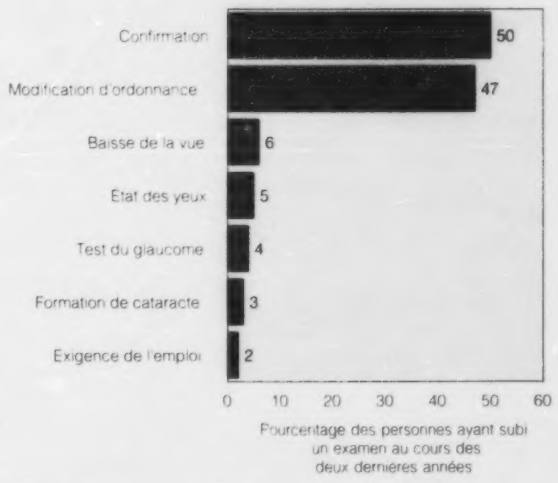
Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur les réponses de 18 000 répondants de 12 ans et plus[2]. L'enquête a aussi inclus quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans.

Comme nous l'avons mentionné, les réponses sur l'examen de la vue *le plus récent* et sur l'assurance ont été posées à tous les répondants, alors que les questions quant à la régularité des examens ne concernaient que les personnes ayant subi un examen au cours des deux dernières années (soit 14,4 millions de Canadiens, ou 60 p. 100 des personnes âgées de 12 ans et plus).

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-97* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 23 **Raisons* de subir un examen de la vue, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Réponses multiples acceptées.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 23 **Examen de la vue le plus récent et fréquence des examens, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Assurés	Examen de la vue le plus récent			Fréquence des examens		
			Moins d'un an	1-3 ans	3 ans ou + et jamais	Annuel	Bisannuel	3 ans + ou jamais
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**23 172**	**47**	**42**	**31**	**27**	**43**	**39**	**18**
Hommes	11 274	48	39	30	31	42	38	20
Femmes	11 898	46	44	32	23	44	40	15
Total, 12 à 14 ans	845	54	48	27	25	62	28	10
Hommes	411	54	45	25	29	64	25	11
Femmes	434	54	51	28	21	59	31	10
Total, 15 à 17 ans	1 070	60	51	25	24	58	25	17
Hommes	553	60	46	26	28	54	25	21
Femmes	517	59	57	23	20	62	26	12
Total, 18 à 19 ans	759	48	41	32	27	54	27	19
Hommes	365	42	32	35	34	52	24	24
Femmes	394	54	49	30	20	56	29	15
Total, 20 à 24 ans	1 735	39	37	28	34	44	36	20
Hommes	857	38	32	28	40	42	38	20
Femmes	878	40	43	29	29	46	34	20
Total, 25 à 34 ans	4 341	48	31	29	40	38	39	23
Hommes	2 138	48	29	27	44	38	35	27
Femmes	2 203	47	33	31	36	39	43	19
Total, 35 à 44 ans	5 101	54	34	31	35	36	42	22
Hommes	2 567	54	31	30	39	34	41	26
Femmes	2 534	53	37	32	31	37	44	19
Total, 45 à 54 ans	3 653	54	47	36	17	37	46	18
Hommes	1 841	53	46	33	21	36	44	20
Femmes	1 812	54	48	38	14	37	47	15
Total, 55 à 64 ans	2 492	44	44	40	16	37	49	14
Hommes	1 189	46	42	40	19	38	47	15
Femmes	1 303	43	46	39	15	36	50	14
Total, 65 à 74 ans	1 993	28	53	32	15	50	38	12
Hommes	879	30	52	30	17	50	36	14
Femmes	1 114	26	53	34	13	50	39	10
Total, 75 ans et +	1 183	26	65	24	12	64	26	11
Hommes	475	32	65	23	13	63	28	10
Femmes	708	22	65	24	11	64	25	11
Revenu inférieur	930	21	37	27	36	44	37	18
Revenu moyen-inférieur	2 141	22	39	29	33	44	37	19
Revenu moyen	5 038	37	38	32	30	41	39	20
Revenu moyen-supérieur	7 607	58	42	33	25	44	40	16
Revenu supérieur	2 969	64	47	31	22	41	41	18
Revenu non déclaré	3 687	46	44	31	25	47	37	16
Terre-Neuve	446	47	31	37	32	28	51	21
Île-du-Prince-Édouard	108	51	39	29	32	29	54	18
Nouvelle-Écosse	740	52	39	32	29	39	41	20
Nouveau-Brunswick	613	56	34	36	30	31	54	15
Québec	5 878	34	39	32	30	45	37	18
Ontario	8 700	57	48	29	23	49	36	15
Manitoba	831	40	37	37	26	31	48	21
Saskatchewan	768	26	43	28	29	38	44	18
Alberta	2 002	43	38	33	29	37	41	22
Colombie-Britannique	3 087	49	36	35	29	37	44	20

[a] Parmi les personnes qui ont subi un examen dans les deux dernières années..

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

24

Utilisation de médicaments

Introduction

En 1993, les Canadiennes et les Canadiens ont consacré 9,884 milliards de dollars à l'achat de médicaments sur ordonnance et en vente libre, lesquels représentaient 6,3 p. 100 du fardeau économique total de la maladie au pays[1]. Les coûts des médicaments ont augmenté en flèche depuis 1979 et, tandis que la hausse des autres types de dépenses liées à la santé s'est atténuée considérablement depuis 1990, le ralentissement des dépenses de médicaments a été moins marqué que celui d'autres catégories comme les frais hospitaliers et les médecins (sujet 29).

Le présent chapitre porte sur l'utilisation courante que font les Canadiens de médicaments sur ordonnance et en vente libre. Par « utilisation courante », on entend les deux jours ayant précédé l'*Enquête*.

Utilisation de médicaments, 1996–1997

En 1996-1997, presque les deux tiers des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré prendre un type ou un autre de médicament. La moitié de ceux-ci (30 p. 100 en tout) prenaient *trois médicaments distincts ou plus concurremment* (tableau 24a)[2]. Ce niveau d'utilisation de médicaments est nettement plus élevé que celui de 1978-1979, où 48 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus déclaraient utiliser un médicament ou un autre, et seulement 7 p. 100, trois types de médicaments ou plus[3].

Les médicaments les plus utilisés, et de loin, sont les analgésiques comme l'aspirine et Tylenol, que prennent un nombre étonnamment élevé de personnes, soit 64 p. 100, suivis des remèdes contre la toux et le rhume (18 p. 100), des antibiotiques, des médicaments contre la tension artérielle, les maux d'estomac et les allergies (utilisés par 8 à 9 p. 100 de la population) (figure 24a)[2]. Seize pour cent des femmes en âge de procréer prennent des anovulants, et 11 p. 100 des femmes de 30 ans et plus utilisent des hormones pour la ménopause ou le vieillissement (figure 24b)[2].

Les coûts des médicaments de près des deux tiers des Canadiens (61 p. 100) sont vraisemblablement payés, du moins en partie, par les régimes d'assurance publics ou privés (tableau 24a).

Différences entre les groupes

À tous les groupes d'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de prendre un ou deux médicaments, mais moins susceptibles d'en prendre trois concurremment (tableau 24a), comme en 1978-1979[3]. Elles sont nettement plus susceptibles que les hommes de prendre des antidépresseurs (tableau 24b), ce qui correspond à l'incidence plus élevée de dépression chez elles (sujet 75). Les deux sexes sont également susceptibles de posséder une assurance-médicaments, ce qui ne doit pas étonner, étant donné que ce type d'assurance profite généralement à toute la famille.

L'usage courant de médicaments s'observe chez un peu plus de la moitié (de 56 à 57 p. 100) de la population de la plupart des groupes d'âge, des plus jeunes aux personnes de 45 à 54 ans, à partir de ce groupe d'âge, l'usage s'accroît de façon appréciable. La consommation concurrente de trois médicaments ou plus est stable chez les groupes les plus jeunes (de 23 à 29 p.100), puis augmente avec l'âge, jusqu'à toucher 46 p. 100 des Canadiens de 75 ans et plus (tableau 24a). Cela constitue une hausse marquée par rapport aux 20 p. 100 des aînés de 65 ans et plus de la génération précédente qui prennent le même nombre de médicaments[3,4].

La consommation d'antidépresseurs et de remèdes contre les maux d'estomac augmente avec l'âge (tableau 24b), tandis que les jeunes consomment plutôt des médicaments contre l'asthme et, dans une

moindre mesure, des antiallergiques. Ce sont les personnes en âge de travailler qui déclarent le plus souvent posséder une assurance-médicaments (25 à 64 ans), situation que l'on retrouve également en ce qui concerne l'assurance-soins dentaires et pour les lunettes (sujets 21 et 23).

Même s'il y a un lien important entre le revenu adéquat et l'assurance-médicaments, la consommation est *moins* probable à mesure que croît le revenu (tableau 24a). En particulier, l'utilisation de trois médicaments ou plus chez les Canadiens au revenu supérieur n'équivaut qu'à 73 p. 100 des probabilités d'utilisation par les personnes au revenu inférieur. Les anti-dépresseurs, les remèdes contre les maux d'estomac et les médicaments contre l'asthme sont utilisés plus souvent par les personnes à faible revenu que par les personnes à revenu élevé (tableau 24b).

Les écarts interprovinciaux sur l'usage des drogues sont minimes, bien que l'on observe une tendance marquée vers une plus grande consommation dans les Maritimes. En outre, les résidents de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick sont plus susceptibles de posséder une assurance que dans les autres provinces, sauf les trois plus riches (tableau 24a). Les chances d'utiliser trois médicaments ou plus concurremment sont nettement moins grandes au Manitoba et en Alberta que dans les autres provinces. Même s'il y a des différences entre les provinces en ce qui a trait aux types de médicaments consommés, des petits échantillons de nature incohérente en rendent l'interprétation hasardeuse (tableau 24b).

Définitions et méthodes

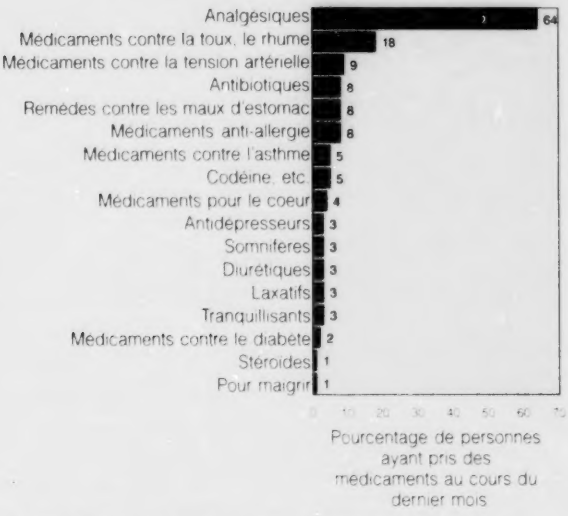
Les données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant déjà participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions appronfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur les réponses de 18 000 répondants de 12 ans et plus. L'enquête incluait aussi quelque 2 000 répondants âgés de moins de 12 ans[5].

Les questions sur la consommation de médicaments ne distinguaient pas les médicaments sur ordonnance des médicaments en vente libre, et portaient sur les deux jours et sur le mois ayant précédé l'*Enquête* afin d'accroître l'exactitude des déclarations. Le déclarations de tierces personnes étaient acceptables, ce qui peut signifier une certaine sous-déclaration de la consommation.

Ouvrages de référence

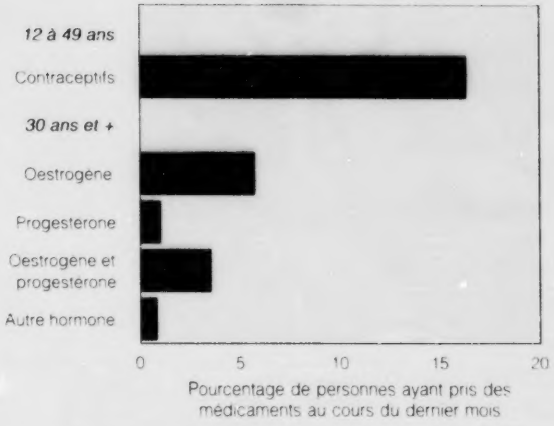
1. Moore, R., Y. Mao, J. Zhang et K. Clarke, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*, Ottawa, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1997, n° de catalogue H21-136/1993F.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, *État de santé des Canadiens : rapport sur l'enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1981, n° de catalogue 82-538F.
4. Millar, W., « Multiple medication use among seniors », *Rapports sur la santé*, 1998, vol. 9, n° 4, p. 11-17, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 24a **Types choisis de médicaments utilisés, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



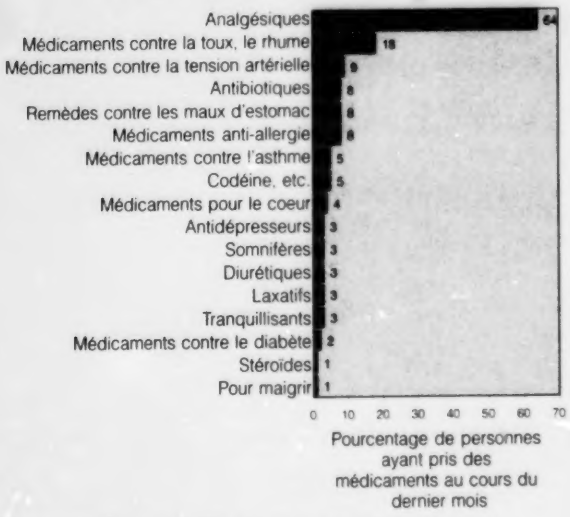
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 24b **Hormonothérapie utilisée par les femmes, Canada, 1996–1997**



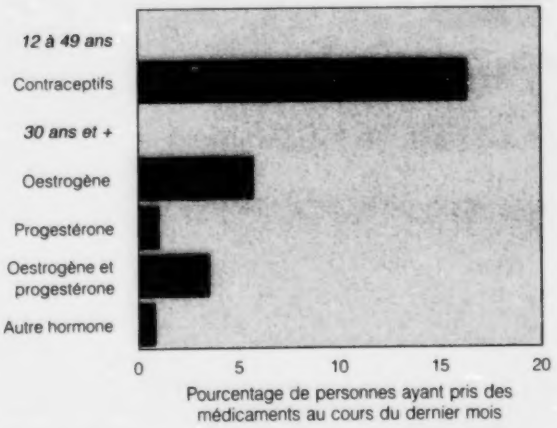
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 24a **Types choisis de médicaments utilisés, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 24b **Hormonothérapie utilisée par les femmes, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 24a **Nombre de médicaments consommés au cours des deux derniers jours et assurance-médicaments selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Différents médicaments au cours des deux derniers jours				Assurance-médicaments
		0	1	2	3+	
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**36**	**23**	**10**	**30**	**61**
Hommes	12 099	40	19	7	34	61
Femmes	12 495	33	27	13	26	61
Total, 12 à 14 ans	1 151	51	16	4	29	56
Hommes	580	48	16	3	33	56
Femmes	571	54	17	4	25	56
Total, 15 à 17 ans	1 284	47	23	6	24	58
Hommes	683	50	17	3	30	56
Femmes	601	43	29	9	18	60
Total, 18 à 19 ans	826	44	25	8	23	55
Hommes	403	53	16	#	28	49
Femmes	424	36	34	12	18	60
Total, 20 à 24 ans	1 873	43	24	6	26	49
Hommes	948	50	16	3	31	45
Femmes	924	36	33	10	21	53
Total, 25 à 34 ans	4 472	44	23	7	26	61
Hommes	2 209	50	15	4	32	61
Femmes	2 263	38	31	10	21	62
Total, 35 à 44 ans	5 238	43	22	8	28	68
Hommes	2 645	44	17	5	34	68
Femmes	2 593	41	27	10	23	68
Total, 45 à 54 ans	3 771	35	23	11	31	68
Hommes	1 922	36	20	8	35	67
Femmes	1 849	34	26	13	26	69
Total 55 à 64 ans	2 565	24	25	17	35	61
Hommes	1 231	25	24	14	38	63
Femmes	1 334	23	26	19	31	59
Total, 65 à 74 ans	2 096	15	26	21	39	52
Hommes	930	16	27	18	39	56
Femmes	1 166	14	25	23	39	49
Total, 75 ans et +	1 320	11	22	21	46	50
Hommes	549	13	24	19	44	54
Femmes	771	10	21	22	47	47
Revenu inférieur	970	30	21	11	37	38
Revenu moyen-inférieur	2 262	33	22	12	33	38
Revenu moyen	6 194	36	23	11	31	53
Revenu moyen-supérieur	7 962	37	24	10	28	72
Revenu supérieur	3 107	39	24	11	27	74
Revenu non déclaré	4 100	36	21	8	34	56
Terre-Neuve	478	37	23	11	29	57
Île-du-Prince-Édouard	113	32	24	12	32	58
Nouvelle-Écosse	775	31	27	12	30	67
Nouveau-Brunswick	632	29	26	13	32	63
Québec	6 131	38	21	9	32	55
Ontario	9 323	37	23	10	31	66
Manitoba	902	37	26	11	25	47
Saskatchewan	801	31	25	14	30	40
Alberta	2 244	38	25	10	27	67
Colombie-Britannique	3 196	37	24	11	28	62

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 7.4b **Types choisis de médicaments consommés, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Médicaments au cours du dernier mois				
		Anti-dépresseurs	Codéine ou Demerol	Médicaments anti-allergies	Médicaments contre l'asthme	Remèdes contre les maux d'estomac
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**3**	**5**	**8**	**5**	**8**
Hommes	12 099	2	4	7	4	8
Femmes	12 495	5	5	8	6	9
Total, 12 à 14 ans	1 151	#	2	8	8	4
Hommes	580	#	#	7	8	4
Femmes	571	#	#	10	8	4
Total, 15 à 17 ans	1 284	2	4	11	9	5
Hommes	683	#	4	12	8	4
Femmes	601	#	4	11	11	6
Total, 18 à 19 ans	826	2	4	13	9	6
Hommes	403	#	3	14	9	6
Femmes	424	#	6	13	10	7
Total, 20 à 24 ans	1 873	2	6	10	6	6
Hommes	948	#	4	10	4	7
Femmes	924	2	7	11	8	6
Total, 25 à 34 ans	4 472	3	6	9	5	7
Hommes	2 209	1	5	8	4	7
Femmes	2 263	4	7	10	6	7
Total, 35 à 44 ans	5 238	4	5	7	4	8
Hommes	2 645	3	4	7	3	8
Femmes	2 593	5	6	8	4	9
Total, 45 à 54 ans	3 771	5	5	7	4	9
Hommes	1 922	3	4	6	3	9
Femmes	1 849	7	5	9	5	10
Total, 55 à 64 ans	2 565	4	5	5	5	11
Hommes	1 231	3	4	3	4	10
Femmes	1 334	5	5	8	7	12
Total, 65 à 74 ans	2 096	4	3	4	6	10
Hommes	930	3	3	3	6	10
Femmes	1 166	5	2	5	5	11
Total, 75 ans et +	1 320	5	3	2	6	12
Hommes	549	6	2	2	6	12
Femmes	771	5	3	2	6	12
Revenu inférieur	970	6	6	7	9	13
Revenu moyen-inférieur	2 262	6	6	7	6	11
Revenu moyen	6 194	3	4	6	5	8
Revenu moyen-supérieur	7 962	3	4	8	5	8
Revenu supérieur	3 107	4	5	10	5	9
Revenu non déclaré	4 100	3	5	7	4	7
Terre-Neuve	478	#	#	4	4	8
Île-du-Prince-Édouard	113	4	3	9	6	8
Nouvelle-Écosse	775	5	6	11	7	11
Nouveau-Brunswick	632	3	#	9	6	10
Québec	6 131	3	2	5	5	6
Ontario	9 323	3	5	8	5	7
Manitoba	902	3	5	8	6	11
Saskatchewan	801	4	4	10	5	12
Alberta	2 244	4	6	8	5	10
Colombie-Britannique	3 196	5	6	9	6	12

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

25

Besoins non comblés en matière de soins de santé

Introduction

Un régime universel d'assurance-maladie repose sur l'idée que tous les citoyens ont accès aux soins dont ils ont besoin, dans un délai raisonnable. Cependant, en l'absence d'une définition reconnue des « soins requis », il y en a qui peuvent considérer que certains besoins de santé ne sont pas comblés. Étant donné la nature des efforts continus et généralisés en vue de restructurer le système de prestation de soins de santé, on peut s'attendre à ce que certains besoins en matière de soins de santé ne soient pas comblés aussi rapidement qu'ils l'ont été par le passé.

Le présent chapitre décrit les perceptions récentes des Canadiennes et des Canadiens à l'égard de leurs besoins en matière de soins qu'ils n'ont pas reçus au cours des douze mois ayant précédé l'*Enquête*.

Fréquence des besoins non comblés, 1996-1997

Dans l'année qui a précédé l'*Enquête*, quelque 1,2 million de Canadiens (soit 5 p. 100 de la population âgée de 12 ans et plus) ayant besoin de certains soins ou conseils en matière de santé à au moins une occasion ne les ont pas reçus (tableau 25)[1]. Plus des trois quarts de ces besoins concernaient un état de santé physique (78 p. 100) ; dans 9 p. 100 des cas respectivement, il s'agissait de santé affective ou de blessures. Seulement 5 p. 100 désiraient obtenir un examen qu'ils n'ont pas subi (sujet 22). Ces résultats indiquent une hausse non significative par rapport à 1994-1995, où 4 p. 100 de la population de 12 ans et plus avait fait état de besoins non comblés[2].

Il n'y a pas de données internationales qui permettent de comparer la situation du Canada à celle d'autres pays.

Différences entre les groupes

Il y a peu de variation systématique en ce qui concerne la fréquence des besoins non comblés selon le sexe ou l'âge (tableau 25). Entre 3 et 6 p. 100 des personnes de tous les groupes d'âge ont déclaré au moins un besoin non comblé, et les différences entre les hommes et les femmes sont minimes, peut-être à cause de la faiblesse du niveau général des besoins non comblés. Depuis 1994-1995, il n'y a pas eu de changement dans les rapports des hommes sur les besoins non comblés et une légère augmentation chez les femmes (figure 25)[1,2].

Le niveau de revenu adéquat a un certain effet sur l'éventualité de soins de santé non comblés. En effet, les personnes au revenu inférieur ont 9% de chance de déclarer des besoins non comblés, comparativement à 5 p. 100 des personnes au revenu supérieur (tableau 25). Le groupe à revenu inférieur est également le plus susceptible de déclarer des besoins non comblés d'ordre affectif. Il semble que le niveau d'instruction soit peu lié aux besoins non comblés en matière de soins de santé, et les écarts à ce chapitre varient de 4 à 6 p. 100 pour tous les groupes d'éducation (données non présentées)[1].

L'écart interprovincial est presque triple pour ce qui est des besoins non comblés, allant d'un plancher de 3 p. 100 à Terre-Neuve et au Québec, à un plafond de 8 p. 100 en Alberta (tableau 25). Les blessures sont souvent invoquées pour le besoin de soins au Manitoba et en Alberta.

L'incidence de besoins non comblés en matière de santé varie peu selon le type de ménage (entre 4 et 7 p. 100), bien que deux fois plus d'hommes chefs de famille monoparentale que de femmes dans la même situation aient déclaré des besoins non comblés (33 p. 100 contre 15 p. 100) (données non présentées)[1] d'ordre affectif.

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur ce sujet ont été posées à l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[3].

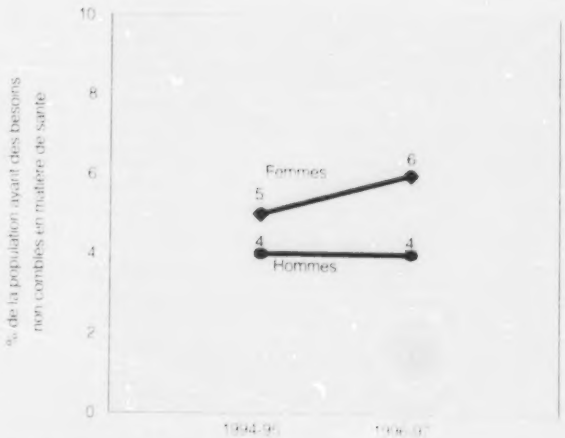
L'existence et la nature des besoins non comblés en matière de soins de santé s'appuient sur l'auto-déclaration et les déclarations de tiers. Dans les deux enquêtes (1994-1995 et 1996-1997), on a demandé aux répondants qui avaient déclaré au moins un besoin non comblé au cours de la dernière année de définir la nature de leurs besoins : physiques, affectifs ou mentaux, examen médical périodique ou soin d'une blessure. Les répondants pouvaient choisir le nombre de catégories qu'ils désiraient. Nous n'avons pas tenté de vérifier les besoins ou d'en préciser la nature au-delà de la classification générale présentée ici.

Les comparaisons des divers types de besoins non comblés entre les groupes d'âge et les provinces sont limitées en raison de l'échantillonnage restreint.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 25 **Personnes faisant état d'un besoin non comblé en matière de soins de santé, selon le sexe, Canada, 1994–1995 et 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995* et *1996–1997*, totalisations spéciales.

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur ce sujet ont été posées à l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[3].

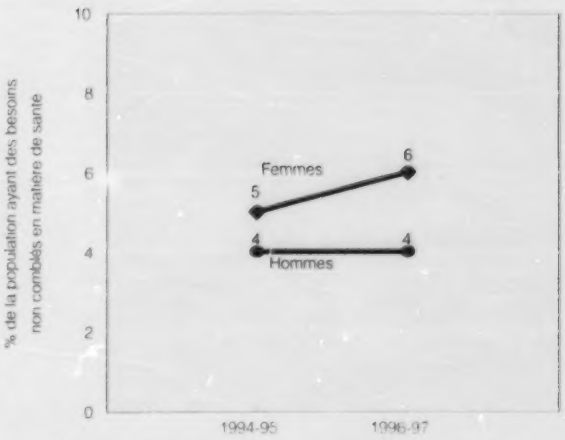
L'existence et la nature des besoins non comblés en matière de soins de santé s'appuient sur l'auto-déclaration et les déclarations de tiers. Dans les deux enquêtes (1994-1995 et 1996-1997), on a demandé aux répondants qui avaient déclaré au moins un besoin non comblé au cours de la dernière année de définir la nature de leurs besoins : physiques, affectifs ou mentaux, examen médical périodique ou soin d'une blessure. Les répondants pouvaient choisir le nombre de catégories qu'ils désiraient. Nous n'avons pas tenté de vérifier les besoins ou d'en préciser la nature au-delà de la classification générale présentée ici.

Les comparaisons des divers types de besoins non comblés entre les groupes d'âge et les provinces sont limitées en raison de l'échantillonnage restreint.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 25 **Personnes faisant état d'un besoin non comblé en matière de soins de santé, selon le sexe, Canada, 1994–1995 et 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 25 Besoins non comblés en matière de soins de santé au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997

	Estimé de population	Une fois ou +	Type de problème ou soins nécessaires[1]			
			Physique	Émotif	Bilan	Blessure
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 576**	**5**	**78**	**9**	**5**	**9**
Hommes	12 091	4	80	8	2	12
Femmes	12 485	6	78	10	7	7
Total, 12 à 14 ans	1 151	3	68	#	#	#
Hommes	580	4	#	#	#	#
Femmes	571	1	#	#	0	#
Total, 15 à 17 ans	1 284	3	79	#	#	#
Hommes	683	3	76	#	#	#
Femmes	600	3	82	#	#	#
Total, 18 a 19 ans	825	6	89	#	#	#
Hommes	402	7	#	#	#	#
Femmes	423	6	88	#	#	#
Total, 20 à 24 ans	1 871	6	79	#	#	8
Hommes	947	4	83	#	#	#
Femmes	924	8	77	#	#	#
Total, 25 à 34 ans	4 468	6	75	10	6	10
Hommes	2 207	4	76	8	#	14
Femmes	2 261	8	74	11	8	8
Total, 35 à 44 ans	5 235	6	77	13	4	10
Hommes	2 643	5	71	15	#	14
Femmes	2 592	7	81	11	5	8
Total, 45 à 54 ans	3 765	5	76	12	7	6
Hommes	1 920	5	85	#	#	8
Femmes	1 845	6	69	16	9	#
Total, 55 à 64 ans	2 563	4	83	#	#	9
Hommes	1 230	3	84	#	#	#
Femmes	1 333	5	83	#	#	#
Total, 65 à 74 ans	2 095	4	84	#	#	#
Hommes	930	4	93	#	#	#
Femmes	1 166	3	74	#	#	#
Total, 75 ans et +	1 319	4	89	#	#	#
Hommes	549	3	93	#	#	#
Femmes	771	5	87	#	#	#
Revenu inférieur	969	9	75	15	7	4
Revenu moyen-inférieur	2 259	8	86	9	3	6
Revenu moyen	6 192	5	75	10	7	10
Revenu moyen-supérieur	7 960	4	77	8	6	12
Revenu supérieur	3 105	5	72	11	4	12
Revenu non déclaré	4 092	6	86	7	4	4
Terre-Neuve	478	3	88	#	#	#
Île-du-Prince-Édouard	113	5	72	#	#	#
Nouvelle-Écosse	775	5	83	#	#	#
Nouveau-Brunswick	632	6	81	#	#	#
Québec	6 130	3	70	#	#	#
Ontario	9 311	6	82	8	5	7
Manitoba	901	7	71	8	5	17
Saskatchewan	801	6	81	#	0	#
Alberta	2 239	8	81	8	5	10
Colombie-Britannique	3 196	6	75	#	#	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[1] Proportion des personnes ayant déclaré des besoins non comblés.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

26

Services d'urgence

Introduction

Les services d'urgence désignent essentiellement les soins médicaux dispensés pour des problèmes de santé qui nécessitent une attention immédiate. Cette définition générale des services d'urgence inclut les soins dispensés en établissement (services d'urgence des hôpitaux) et ceux fournis par la communauté (centres de soins d'urgence et services paramédicaux).

Aux fins de l'analyse des habitudes d'utilisation, nous avons retenu deux paramètres, soit le nombre de personnes ayant recours à ces services et le nombre de fois qu'un service particulier est utilisé. L'auto-déclaration a servi à déterminer le nombre de Canadiennes et de Canadiens qui utilisent tous les services d'urgence. Les taux d'utilisation de services particuliers à l'échelle provinciale et nationale ne sont disponibles que pour les services d'urgence des hôpitaux, composante importante des services d'urgence.

Recours aux services d'urgence

En 1996-1997, un Canadien sur quatre (soit 5,3 millions de personnes) âgé de 12 ans et plus a déclaré avoir utilisé au moins une fois les services d'urgence au cours de l'année ayant précédé l'*Enquête* (tableau 26a)[1].

En 1995-1996, il y a eu 12,9 millions de visites aux salles d'urgence des hôpitaux (tableau 26b)[2], ce qui correspond à une utilisation à l'échelle nationale de 433,1/1000 habitants.

L'utilisation des services d'urgence a connu un sommet en 1987-1988 (669/1000 habitants), puis a baissé depuis, pour s'établir aux niveaux d'avant 1980 (figure 26a)[3,4]. L'utilisation des services d'urgence a baissé de 31 p. 100, passant de 640,2/1000 habitants en 1991-1992, à 433,1/1000 habitants en 1995-1996. Cela est vraisemblablement attribuable en partie à la fermeture de services d'urgence des hôpitaux et à l'ouverture de cliniques communautaires et de centres de soins d'urgence sans rendez-vous, de même qu'au triage vers les services appropriés.

Différence entre les groupes

En général, les femmes sont légèrement plus enclines que les hommes à recourir aux services d'urgence (27 et 22 p. 100 respectivement) (tableau 26a). Chez les femmes, l'utilisation de ces services va d'un plancher de 21 p. 100 chez les 12 à 14 ans, à un plafond de 35 p. 100 chez les 25 à 44 ans. Chez les hommes, le principal groupe d'utilisateurs se trouve chez les 75 ans et plus (26 p. 100), tandis que celui des 55 à 64 ans rassemble les utilisateurs les moins fréquents (17 p. 100).

Les diplômés universitaires font un usage moindre des services d'urgence que d'autres groupes de niveau d'instruction (figure 26b)[1], mais les différences sont faibles. On n'observe aucun écart quant au revenu (données non présentées).

Il semble y avoir des différences importantes entre les provinces et les territoires au chapitre de l'usage des services d'urgence hospitaliers, mais les données incomplètes de certaines provinces peuvent masquer de réels écarts. En 1995-1996, la Saskatchewan rapportait le plus bas taux d'utilisation (151,7/1000) et le Yukon, le plus haut taux (527,8/1000) (tableau 26b).

Définitions et méthodes

Les données du présent chapitre proviennent de deux sources.

1) Les données liées aux personnes ayant recours aux services d'urgence proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En

tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[5].

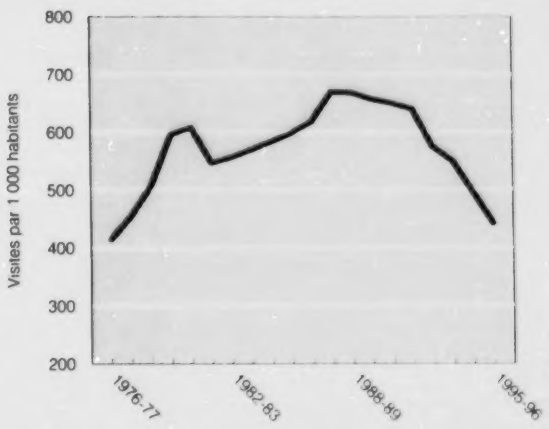
2) Les taux d'utilisation des services d'urgence hospitaliers sont calculés à partir des données du *Rapport annuel des établissements de santé*, administré par Statistique Canada, et de l'*Enquête de la statistique annuelle des hôpitaux*, administrée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour l'année 1995-1996. Les données sont recueillies directement auprès des ministères de la santé provinciaux et territoriaux, auprès des hôpitaux fédéraux et privés, ou, dans les provinces ne disposant pas de bases de données centrales, directement auprès des hôpitaux.

Les données de l'enquête des hôpitaux représentent le nombre de visites, et non pas celui des personnes demandant un service. Les estimations sur ce sujet sont fondées sur des valeurs déclarées pour les patients ambulatoires d'hôpitaux publics seulement. En raison de données incomplètes, il faudra établir toute comparaison provinciale/territoriale avec prudence.

Ouvrages de référence

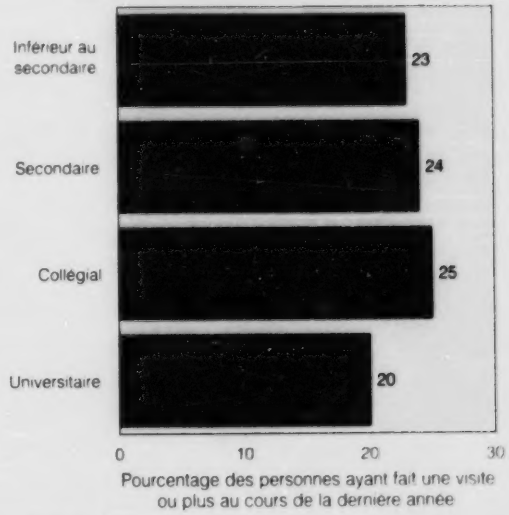
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Bases de données de l'enquête annuelle auprès des hôpitaux, 1995-1996*.
3. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.
4. Institut canadien d'information sur la santé, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 26a **Visites aux cliniques d'urgence, Canada, 1976–1977 à 1995–1996**



Note: Les données de 1994-1995 ne sont pas disponibles.
Sources: Statistique Canada, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB; Institut canadien d'information sur la santé, totalisations spéciales.

Figure 26b **Recours aux services d'urgence, selon le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[5].

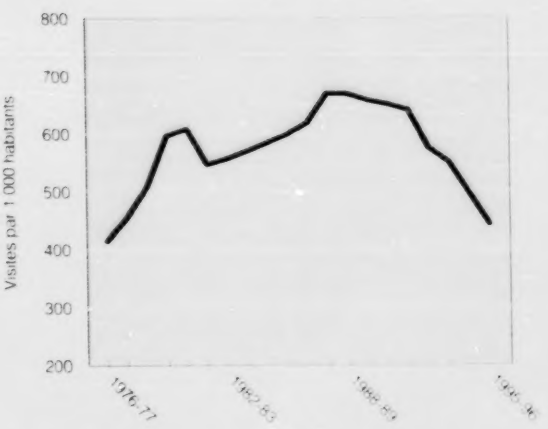
2) Les taux d'utilisation des services d'urgence hospitaliers sont calculés à partir des données du *Rapport annuel des établissements de santé*, administré par Statistique Canada, et de l'*Enquête de la statistique annuelle des hôpitaux*, administrée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour l'année 1995-1996. Les données sont recueillies directement auprès des ministères de la santé provinciaux et territoriaux, auprès des hôpitaux fédéraux et privés, ou, dans les provinces ne disposant pas de bases de données centrales, directement auprès des hôpitaux.

Les données de l'enquête des hôpitaux représentent le nombre de visites, et non pas celui des personnes demandant un service. Les estimations sur ce sujet sont fondées sur des valeurs déclarées pour les patients ambulatoires d'hôpitaux publics seulement. En raison de données incomplètes, il faudra établir toute comparaison provinciale/territoriale avec prudence.

Ouvrages de référence

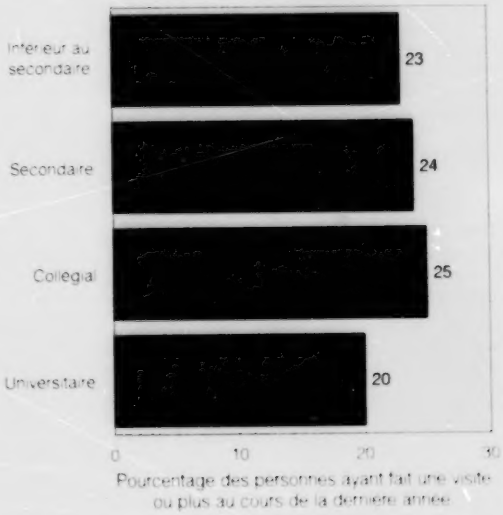
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Bases de données de l'enquête annuelle auprès des hôpitaux, 1995-1996*.
3. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.
4. Institut canadien d'information sur la santé, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 26a **Visites aux cliniques d'urgence, Canada, 1976–1977 à 1995–1996**



Note: Les données de 1994-1995 ne sont pas disponibles.
Sources: Statistique Canada, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB; Institut canadien d'information sur la santé, totalisations spéciales.

Figure 26b **Recours aux services d'urgence, selon le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 26a **Personnes ayant eu recours aux services d'urgence au cours de la dernière année, selon l'âge et le sexe, 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population masculine (en milliers)	%	Estimé de population féminine (en milliers)	%	Estimé de population totale (en milliers)	%
Total, 12 ans ou +	**10 469**	**22**	**10 850**	**27**	**21 319**	**25**
12 à 14 ans	430	21	463	21	893	21
15 à 17 ans	618	25	537	28	1 155	26
18 à 19 ans	357	25	372	29	729	27
20 à 24 ans	838	21	826	34	1 664	27
25 à 34 ans	1 957	25	2 003	35	3 960	30
35 à 44 ans	2 332	24	2 003	35	4 335	26
45 à 54 ans	1 668	19	1 592	24	3 260	21
55 à 64 ans	1 062	17	1 150	22	2 212	20
65 à 74 ans	778	18	966	22	1 744	20
75 ans et +	429	26	625	22	1 054	23

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 26b **Nombre et taux des visites aux services d'urgence, selon la province ou le territoire, Canada, 1995–1996**

	Nombre total (en milliers)	Taux de visites à l'urgence par 1 000 habitants
Canada	**12 873**	**433,1**
Terre-Neuve	103	180,3
Île-du-Prince-Édouard	45	332,4
Nouvelle-Écosse	357	380,3
Nouveau-Brunswick	145	190,9
Québec	3 307	449,1
Ontario	5 198	465,3
Manitoba	569	502,1
Saskatchewan	154	151,7
Alberta	1 321	479,2
Colombie-Britannique	1 639	433,5
Yukon	16	527,8
Territoires du Nord-Ouest	18	280,7

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données de l'enquête annuelle auprès des hôpitaux, 1995–1996.*

27

Séjours à l'hôpital

Introduction

Les soins hospitaliers désignent les soins qui nécessitent une admission dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, mais excluent les établissements psychiatriques (voir le sujet 76). Même si la durée moyenne des séjours à l'hôpital n'est qu'un indicateur indirect de la santé d'une population, elle peut refléter l'efficacité d'un système de soins de santé. Le nombre de séjours et leur durée moyenne fournissent une idée des maladies ou troubles qui grèvent le plus le système des soins de santé (sujet 77) ainsi que des groupes de personnes les plus susceptibles d'utiliser les hôpitaux.

Durée moyenne des séjours à l'hôpital, 1995–1996

En 1995-1996, les Canadiennes et les Canadiens ont passé près de 35,5 millions de jours-patients dans les hôpitaux généraux et les établissements de soins paramédicaux (à l'exception des établissements psychiatriques). Il y a eu environ 3,3 millions de séjours hospitaliers, ce qui correspond à un séjour moyen de 11 jours (tableau 27a)[1].

Entre 1990-1991 et 1995-1996, le nombre total de jours-patients a baissé, passant de 41,4 à 35,5 millions, et la durée *moyenne* des séjours, de 11,5 à 11 jours (figure 27a)[1,2]. Il vaut la peine de souligner le fait que durant la même période (de 1990 à 1996), la population canadienne s'est accrue de quelque 1,8 million d'habitants et a vieilli (sujet 1). Il semble donc que le système ait amélioré son rendement durant cette période, peut-être en raison du recours accru aux soins ambulatoires (chirurgies et soins médicaux d'un jour) et des changements technologiques.

En 1995-1996, les troubles de l'appareil circulatoire (sujet 74) représentaient le plus grand nombre de jours d'hospitalisation (18 p. 100 du total) (figure 27b)[1], le second rang des troubles mentaux est davantage attribuable à la durée prolongée du séjour (31,7 jours) qu'au nombre élevé d'hospitalisations (voir le sujet 76). Par ailleurs, les hospitalisations pour accouchements dont la durée moyenne était plutôt brève (2,9 jours) représentaient 4 p. 100 des jours d'hospitalisation (données non présentées). Entre 1990-1991 et 1995-1996, on observe un changement quant au nombre total de jours d'hospitalisation dans deux domaines précis : les troubles du système nerveux, qui représentent maintenant plus de jours-patients que le cancer, et les maladies musculo-squelettiques, qui équivalent maintenant à un plus grand nombre de jours-patients que l'accouchement (données non présentées). Cela correspond à la fréquence élevée des problèmes arthritiques et rhumatismaux et des problèmes de dos en tant qu'états chroniques (sujet 68), et confirme le rôle majeur des troubles du système nerveux, du dos et des membres comme causes de la limitation de l'activité (sujet 59).

Différences entre les groupes

En 1995-1996, il existait des variations importantes quant à la durée moyenne des séjours dans les centres hospitaliers du Canada. Si, dans l'ensemble, le séjour moyen ne présente pas de différence entre les sexes, les femmes sont responsables d'un plus grand nombre de séjours et de journées d'hospitalisation que les hommes (tableau 27a). Cette différence peut, dans une large mesure, être attribuée aux femmes en âge de procréer (de 20 à 44 ans) ainsi qu'aux femmes de 75 ans et plus, dont le nombre total de jours d'hospitalisation est presque le double de celui des hommes. Bien sûr, à cet âge, il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes (sujet 1).

Entre 18 et 44 ans, les hommes restent en moyenne plus longtemps à l'hôpital que les femmes. À compter de 55 ans, les séjours des femmes sont un peu plus longs, et les femmes âgées de 75 ans ou plus

séjournent à l'hôpital pendant presque un mois (27 jours) en moyenne, comparativement à 19 jours pour les hommes du même groupe d'âge.

La durée moyenne des séjours à l'hôpital augmente considérablement avec l'âge, à compter du groupe d'âge des 5 à 9 ans. La plupart des groupes d'âge se situent bien au-dessous de la durée moyenne des séjours à l'hôpital, mais le groupe des 55 à 64 ans atteint la moyenne de 11 jours (tableau 27a). Le séjour moyen des Canadiennes et des Canadiens âgés est prolongé (23 jours pour les personnes de 75 ans et plus) au point de rendre la moyenne canadienne asymétrique.

On observe des variations interprovinciales importantes quant à la durée moyenne des séjours à l'hôpital (tableau 27a). Les moyennes des Territoires (4 et 5 jours) sont nettement inférieures à celles des provinces, peut-être en raison du fait de la variation de présentation des données entre les provinces (voir ci-dessous). C'est en Colombie-Britannique et au Québec que les séjours sont les plus longs (13 jours dans les deux cas), ce qui est attribuable à la présentation des données sur les soins de longue durée. Dans les autres provinces, les séjours durent de 6 à 10 jours en moyenne. Celles-ci présentent des données sur les soins chroniques et spécialisés, mais non sur les soins de longue durée. C'est en Alberta que la durée des séjours à l'hôpital est la plus courte (6 jours).

Soins intermédiaires (SI) et patients hospitalisés pour des interventions qui, en soi, ne requièrent pas d'hospitalisation (PPBH)

Les hôpitaux classent les patients qui occupent un lit pour soins actifs, mais qui n'ont plus besoin de ces soins, dans la catégorie des soins intermédiaires (SI). En général, ces patients attendent un transfert dans une unité de soins prolongés ou de réadaptation, ou n'ont, à la maison, personne en mesure de leur prodiguer les soins continus. Le nombre de patients ayant besoin de ces soins est en augmentation (tableau 27b)[3]. Comme il peut y avoir des variations dans les déclarations faites par les provinces, il devient alors important de comparer les taux de changements au sein d'une province, plutôt qu'entre les provinces.

De même, des patients occupent des lits de soins de courte durée pour des interventions qui, en soi, ne requièrent pas l'hospitalisation (PPBH), dans le cas, par exemple, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie, (près de 18 000 congés) d'obstruction des voies urinaires sans complication (plus de 12 000), de troubles d'adaptation (plus de 12 000) et de faux travail durant moins de trois jours (plus de 11 000) (figure 27c)[3]. Cependant, l'état de certains de ces patients peut rendre leur hospitalisation nécessaire.

En 1996-1997, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest présentaient le plus grand nombre de cas hospitalisés pour des interventions ne requérant pas l'hospitalisation (13 p. 100 des patients), tandis que l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta avaient le nombre le plus faible (7 p. 100) (tableau 27c)[3]. Cela est peut-être attribuable aux grandes distances que doivent franchir les habitants des Territoires pour obtenir des soins. Ils restent aussi plus longtemps à l'hôpital que les résidents locaux en raison des complications possibles et du besoin de réadmission.

Définitions et méthodes

La durée moyenne des séjours à l'hôpital est calculée en prenant le nombre total de jours d'hospitalisation et en le divisant par le nombre de séjours hospitaliers (séjours se terminant par un départ ou un décès). Une durée moyenne élevée peut donc être attribuable à un nombre total important de jours-patients et de séjours (au Québec, par ex.) ou à un petit nombre total de jours d'hospitalisation et à un nombre total de séjours relativement faible (en Colombie-Britannique, par ex.). Les variations entre les provinces et les territoires quant aux durées moyennes de séjour peuvent être dues aux différentes définitions qu'emploient les établissements de santé, comme on l'a mentionné (par exemple, à l'encontre des autres provinces, la Colombie-Britannique a rapporté tous les niveaux de soins). Les nouveau-nés sont exclus des données du présent rapport.

Ces données, qui sont recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) auprès de sources provinciales/territoriales, puis regroupées pour créer la base de données nationale de la morbidité dans les hôpitaux, sont fondées sur l'exercice se terminant le 31 mars 1996.

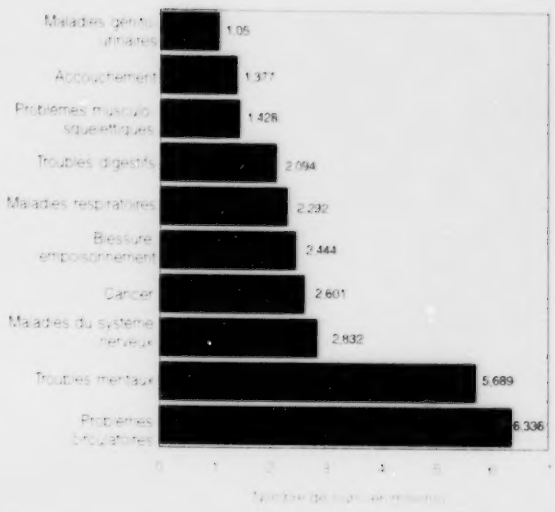
Selon l'ICIS, les médecins utilisent l'expression « soins intermédiaires » (SI) pour désigner les patients qui ont achevé la *phase de soins actifs* de leur traitement hospitalier, mais qui continuent d'occuper un lit de soins actifs. La catégorie des « patients qui ne requièrent pas l'hospitalisation » (PPBH) est déterminée selon la méthode des groupes clients

(CTM[MC])[4]. L'information relative à ces patients et aux SI n'est disponible que pour les provinces qui ont fourni des données complètes à la base de données des résumés de séjours de l'ICIS.

Ouvrages de référence

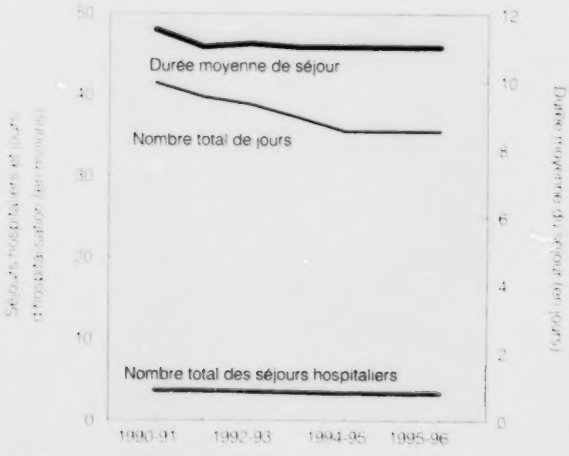
1. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux*, 1994-1995 et 1995-1996.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité et interventions chirurgicales dans les hôpitaux*, 1990-1991 à 1993-1994.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés des congés*, 1994-1995 à 1996-1997.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Répertoire des groupes clients*, 1996-1997.

Figure 27 **Nombre total de jours d'hospitalisation, selon les principales causes, Canada, 1995–1996**



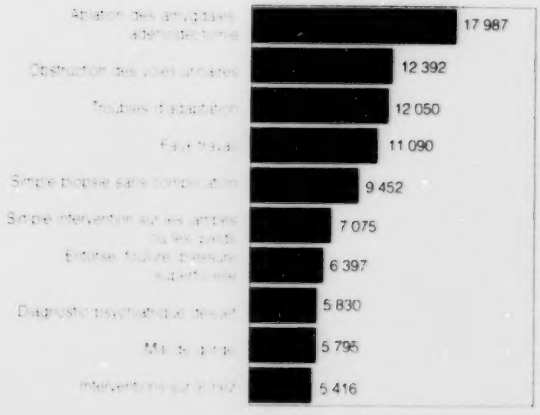
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux, 1994–1995* et *1995–1996*.

Figure 28 **Séjours hospitaliers, jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour, Canada, 1990–91 à 1995–1996**



Sources: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux*, 1994–1995 et 1995–1996 ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité et interventions chirurgicales dans les hôpitaux*, 1990–1991 à 1993–1994.

Figure 29 **Diagnostics et procédures des patients hospitalisés pour des interventions « qui, en soi, ne requièrent pas d'hospitalisation », Canada, 1996–1997**



Nota: Les données ne sont pas disponibles pour tous les cas du Québec. 60 % de ceux du Manitoba, 17 % de ceux de l'Île-du-Prince-Édouard et environ 1 % de ceux de la Saskatchewan.

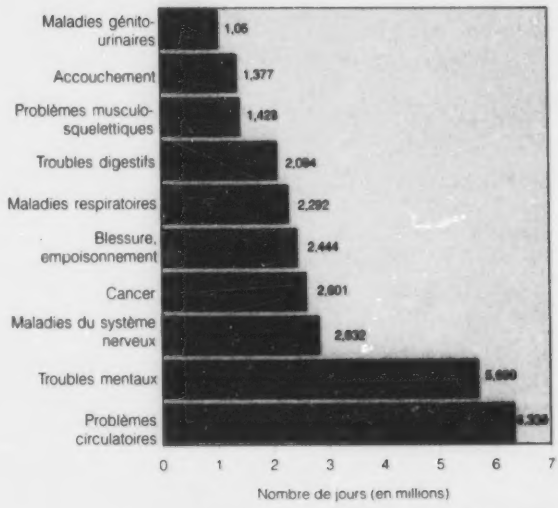
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés des congés*, 1996–1997.

(CTM[MC])[4]. L'information relative à ces patients et aux SI n'est disponible que pour les provinces qui ont fourni des données complètes à la base de données des résumés de séjours de l'ICIS.

Ouvrages de référence

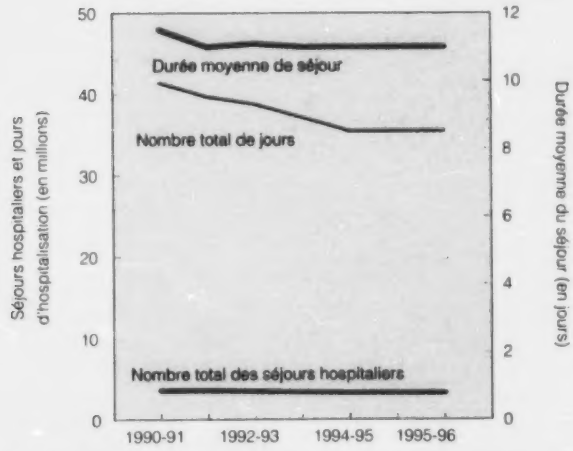
1. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux*, 1994-1995 et 1995-1996.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité et interventions chirurgicales dans les hôpitaux*, 1990-1991 à 1993-1994.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés des congés*, 1994-1995 à 1996-1997.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Répertoire des groupes clients*, 1996-1997.

Figure 27b. **Nombre total de jours d'hospitalisation, selon les principales causes, Canada, 1995–1996**



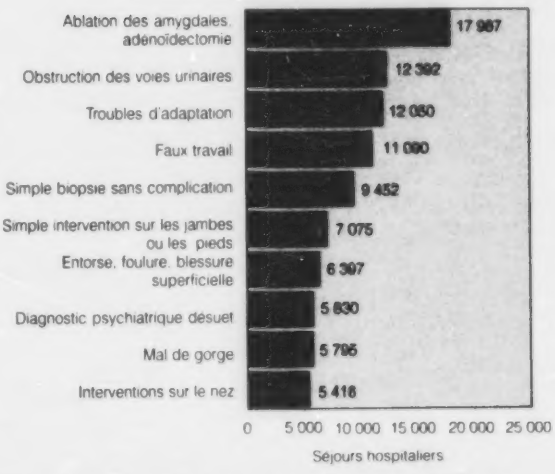
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux, 1994–1995* et *1995–1996*.

Figure 27a. **Séjours hospitaliers, jours d'hospitalisation et durée moyenne de séjour, Canada, 1990–91 à 1995–1996**



Sources: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux*, 1994–1995 et 1995–1996 ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité et interventions chirurgicales dans les hôpitaux*, 1990–1991 à 1993–1994.

Figure 27c. **Diagnostics et procédures des patients hospitalisés pour des interventions « qui, en soi, ne requièrent pas d'hospitalisation », Canada, 1996–1997**



Nota: Les données ne sont pas disponibles pour tous les cas du Québec, 60 % de ceux du Manitoba, 17 % de ceux de l'Île-du-Prince-Édouard et environ 1 % de ceux de la Saskatchewan.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés des congés*, 1996–1997.

Tableau 27a Indicateurs d'utilisation hospitalière, selon l'âge, le sexe, la province ou le territoire, Canada, 1995–1996

	Total des jours (en milliers)	Congés	Durée moyenne des séjours (en jours)
Total, tous les âges	**35 513**	**3 320 789**	**11**
Hommes	14 958	1 390 110	11
Femmes	20 555	1 930 656	11
Total, moins de 4 ans	861	199 128	4
Hommes	501	117 385	4
Femmes	361	81 741	4
Total, 5 à 9 ans	261	66 261	4
Hommes	149	37 186	4
Femmes	112	29 075	4
Total, 10 à 11 ans	109	21 503	5
Hommes	64	11 865	5
Femmes	45	9 638	5
Total, 12 à 14 ans	197	38 603	5
Hommes	99	19 553	5
Femmes	97	19 050	5
Total,,15 à 17 ans	316	63 290	5
Hommes	123	22 558	5
Femmes	193	40 732	5
Total, 18 à 19 ans	257	57 586	4
Hommes	104	16 530	6
Femmes	153	41 056	4
Total, 20 à 24 ans	805	183 271	4
Hommes	287	39 873	7
Femmes	518	143 394	4
Total, 25 à 34 ans	2 425	530 096	5
Hommes	780	106 228	7
Femmes	1 645	423 861	4
Total, 35 à 44 ans	2 457	368 507	7
Hommes	1 074	139 082	8
Femmes	1 382	229 417	6
Total, 45 à 54 ans	2 708	324 198	8
Hommes	1 319	157 963	8
Femmes	1 388	166 233	8
Total, 55 à 64 ans	3 817	358 165	11
Hommes	1 964	193 291	10
Femmes	1 853	164 874	11
Total, 65 à 74 ans	7 168	507 460	14
Hommes	3 512	267 985	13
Femmes	3 656	239 475	15
Total, 75 ans et +	14 132	602 721	23
Hommes	4 981	260 611	19
Femmes	9 151	342 110	27
Terre-Neuve	590	70 192	8
Île-du-Prince-Édouard	141	18 593	8
Nouvelle-Écosse	981	116 007	8
Nouveau-Brunswick	985	117 004	8
Québec	10 450	776 224	13
Ontario	12 006	1 185 434	10
Manitoba	1 477	143 741	10
Saskatchewan	1 292	159 293	8
Alberta	1 920	300 417	6
Colombie-Britannique	5 618	423 238	13
Yukon	13	2 843	4
Territoires du Nord-Ouest	40	7 803	5

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité dans les hôpitaux*, 1994–1995 et 1995–1996.

Tableau 27b Patients ayant recours aux soins de santé parallèles, en proportion du total des patients, tous les âges, provinces choisies[a], Canada, 1994–1995 à 1996–1997

	1994–95 (%)	1995–96 (%)	1996–97 (%)	% de la différence entre 1995–1996 1996–1997
Terre-Neuve	n/d	0,45	0,64	+42,2
Nouvelle-Écosse	n/d	0,57	0,77	+35,1
Nouveau-Brunswick	0,17	0,22	0,19	-13,6
Ontario	1,84	1,91	2,05	+7,3
Alberta	0,84	0,76	0,87	+14,5
Colombie-Britannique	n/d	1,04	1,37	+13,7

n/d = non disponible

[a] Seules les provinces mentionnées ont déclaré des données de façon cohérente au fil du temps. Les méthodes de collecte de données varient selon les provinces, il faut donc établir des comparaisons avec prudence.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés de congés, 1994–1995 à 1996–1997.*

Tableau 27c Séjours hospitaliers pour des interventions qui ne requièrent pas d'hospitalisation, selon la province ou le territoire,[a] Canada, 1996–1997

	% de toutes les hospitalisations
Terre-Neuve	11
Île-du-Prince-Édouard	10
Nouvelle-Écosse	8
Nouveau-Brunswick	11
Ontario	7
Manitoba	7
Saskatchewan	9
Alberta	7
Colombie-Britannique	8
Yukon/Territoires du Nord-Ouest	13

[a] Les données ne sont pas disponibles pour tous les cas du Québec, 60 % de ceux du Manitoba, 17 % de ceux de l'Île-du-Prince-Édouard et environ 1 % de ceux de la Saskatchewan.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés des congés*, 1996–1997.

28

Transplantation d'organe et dialyse

Introduction

Beaucoup de Canadiennes et de Canadiens vivent avec des conditions qui affectent sérieusement leurs reins, leur foie, leurs poumons et leur coeur (sujet 68), et des interventions comme la transplantation d'organe ou la dialyse peuvent améliorer la santé de ces personnes.

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) recueille de l'information sur le niveau d'activité et les résultats des programmes de transplantation d'organes vitaux et de dialyse au Canada. Le registre fournit des statistiques nationales qui suivent les tendances à long terme et publie des données comparatives afin d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des traitements. Par exemple, le coût d'une greffe de rein s'établit à 50 000 $ sur une période de cinq ans, comparativement à 250 000 $ pour la dialyse durant la même période. Par conséquent, en plus d'améliorer la qualité de vie du patient, la greffe est considérablement plus rentable que la dialyse. Selon le registre, même si le besoin de transplantation d'organes augmente, le taux de don d'organes demeure faible, et il faudra songer à mieux coordonner les ressources pour améliorer la situation, par exemple en sensibilisant davantage le public à l'importance de la participation aux programmes de don d'organes.

Besoin et fréquence, 1996 et 1997

À la fin de décembre 1997, 3 072 patients attendaient une transplantation d'organe : 82 p. 100 attendaient un rein, 8 p. 100, un foie, et 4 p. 100, un coeur ou un coeur et des poumons (figure 28a)[1].

Le nombre de patients en attente d'une transplantation d'organe s'est accru de 68 p. 100, passant de 1 830 en 1981 à 3 072 en 1997, soit une hausse annuelle de 9 p. 100. Les hausses vont de moins de 1 p. 100 de 1993 à 1994, à 17 p. 100, de 1994 à 1995. En 1997, le taux par million d'habitants de patients en attente d'une transplantation au Canada était de 101,4, une hausse de 50 p. 100 depuis 1991 (données non présentées).

En 1996, il y a eu 1 533 transplantations d'organe simple au Canada (y compris quatre transplantations coeur-poumons). Les greffes de rein se classent au premier rang (939, ou 61 p. 100), suivies des transplantations du foie (349, ou 23 p. 100) et du coeur (165, ou 11 p. 100) (tableau 28a)[1]. Il y a eu 24 transplantations de combinaisons d'organes, dont 19 rein-pancréas et 5 rein-foie (données non présentées). Dans l'ensemble, le taux de transplantation par tranche d'un million d'habitants s'est accru de 25 p. 100 au cours de la dernière décennie, et a plus que doublé depuis 1981 (figure 28b)[1]. À la fin de 1996, on dénombrait plus de 12 000 personnes dont la transplantation avait réussi (tableau 28b)[1].

Au 31 décembre 1996, 19 424 Canadiens étaient vivants grâce à un traitement rénal : 8 937 patients avaient reçu une greffe et 10 847 étaient en dialyse. De ce nombre, 68 p. 100 suivaient une hémodialyse et 32 p. 100, une dialyse péritonéale. L'hypertension, les troubles cardio-vasculaires et le diabète étaient fréquents chez les patients sur le point d'entreprendre un programme de transplantation rénale. En 1996, on dénombrait 3 322 nouveaux cas de dialyse. Quelque 28 p. 100 des patients ayant subi une transplantation rénale ont dû reprendre la dialyse à cause d'une insuffisance rénale[1].

En 1996, on dénombrait 689 donneurs d'organe au Canada (données non présentées), dont 266 donneurs de rein vivants (données non présentées) et 423 donneurs d'organe cadavériques (tableau 28c)[1]. Le nombre de donneurs cadavériques a diminué de 3 p. 100 de 1995 à 1996, et a fluctué entre 330 et 426 au cours des quatre dernières années[1].

En 1996, le taux de donneurs d'organe au Canada était de 14,1 par tranche d'un million d'habitants (tableau 28c), une baisse par rapport à 1995 (14,7) (données non présentées). Ce taux est parmi les plus bas de tous les pays développés. Aux fins de comparaison, ce taux était de 26,8 par tranche d'un million d'habitants en Espagne, et de 17,1 aux États-Unis[1].

Différences entre les groupes

Quarante-huit pour cent des donneurs avaient entre 15 et 44 ans, et 29 p. 100, entre 45 et 59 ans. En 1996, les donneurs pédiatriques (âgés de moins de 15 ans) représentaient 12 p. 100 de tous les donneurs, et 11 p. 100 étaient âgés de 60 ans et plus. L'âge moyen des donneurs était de 38 ans, et plus de la moitié de ceux-ci étaient des hommes[1].

Au 31 décembre 1997, les patients en attente d'une transplantation en Ontario représentaient 48 p. 100 de tous les patients inscrits sur des listes d'attente au Canada. Venaient ensuite le Québec (21 p. 100) et la Colombie-Britannique (12 p. 100). Le reste des patients (19 p. 100) se trouvaient dans les Prairies et les Maritimes[1].

La majorité des greffés (87 p. 100) étaient des hommes (65 p. 100) entre 18 et 64 ans, surtout les greffés cardiaques (84 p. 100) (données non présentées).

Définitions et méthodes

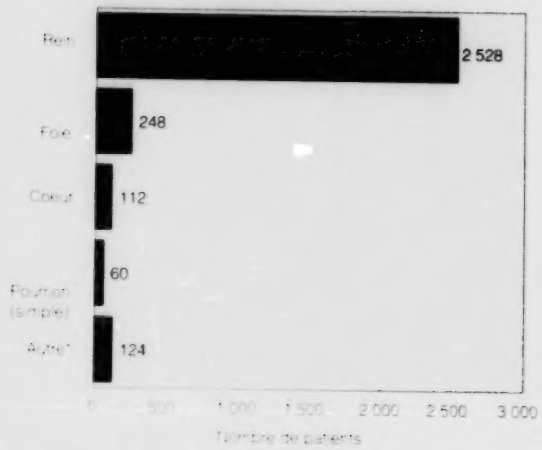
Les données que renferme le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) proviennent de nombreuses sources, notamment 28 hôpitaux où l'on effectue des transplantations, 86 établissements où se pratique la dialyse et 8 organismes d'approvisionnement en organes. La base de données du RCITO inclut les données démographiques des patients, les facteurs de risque comme le diabète et la cardiopathie, l'information sur les soins y compris le type de dialyse reçue et de transplantation, les données de suivi ainsi que celles sur les donneurs et les listes d'attente.

Géré par l'Institut canadien d'information sur la santé, le RCITO contient des données sur la dialyse, sur les dons et les transplantations d'organe jusqu'en décembre 1996, ainsi que des données sur les listes d'attente au 31 décembre 1997. Les données sur la dialyse, la greffe rénale et la transplantation d'organe commencent en 1981, sur les listes d'attente, en 1991, et sur les dons d'organe, en 1992.

Ouvrage de référence

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport sur le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, 1998, vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

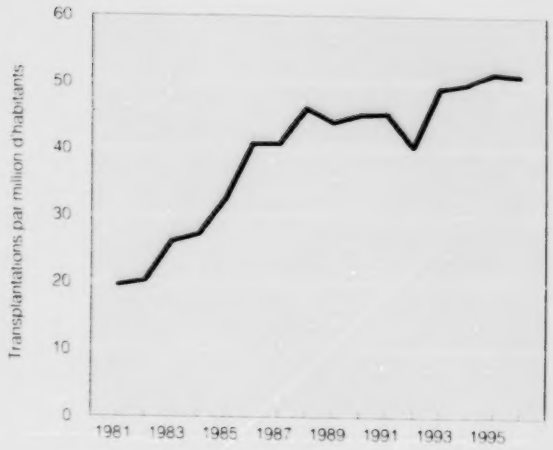
Figure 28a **Patients en attente d'une transplantation d'organe, selon le type, Canada, 1997**



* Inclut le pancréas, l'intestin et une combinaison des organes mentionnés ci-dessus.

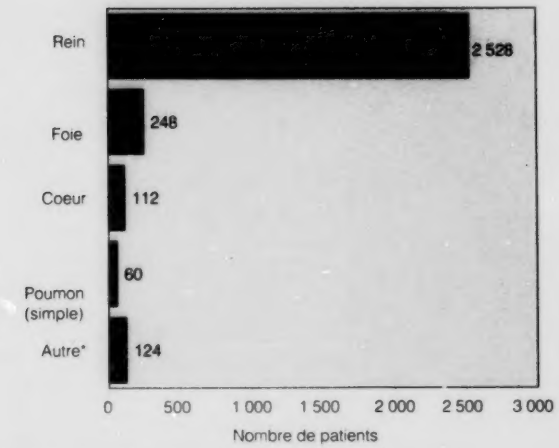
Source: Institut canadien d'information sur la santé. *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*. Vol. 2. Don et transplantation d'organes. Ottawa. ICIS. 1998.

Figure 28b **Transplantations d'organes, Canada, 1981 à 1996**



Source: Institut canadien d'information sur la santé. *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*. Vol. 2. Don et transplantation d'organes. Ottawa. ICIS. 1998.

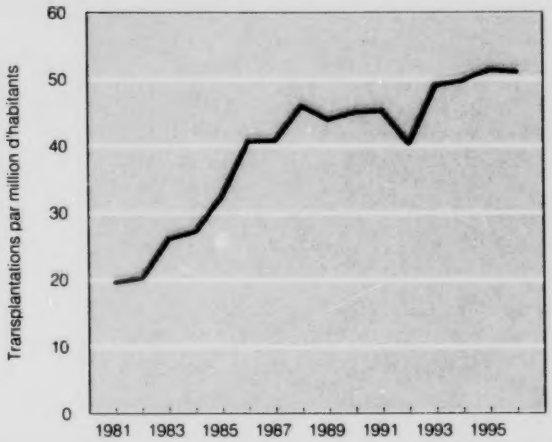
Figure 28a. **Patients en attente d'une transplantation d'organe, selon le type, Canada, 1997**



* Inclut le pancréas, l'intestin et une combinaison des organes mentionnés ci-dessus.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

Figure 28b. **Transplantations d'organes, Canada, 1981 à 1996**



Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

Tableau 28a Greffés, selon l'organe et l'âge, Canada,[a] 1996

	Rein[b]	Foie	Pancréas[c]	Coeur	Coeur et poumon	Simple poumon	Double poumon	Intestin	Total
Total, tous les âges	**939**	**349**	**2**	**165**	**4**	**29**	**43**	**2**	**1 533**
0 à 17 ans	41	43	0	23	2	1	1	2	**113**
18 à 44 ans	452	107	2	24	0	5	24	0	**614**
45 à 64 ans	392	172	0	116	2	21	17	0	**720**
65 ans et +	54	27	0	2	0	2	1	0	**86**

[a] Ne comprend pas les transplantations combinées.

[b] Inclut les donneurs vivants et cadavériques.

[c] Pancréas complet.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

Tableau 28b Nombre de transplantations effectuées depuis 1981 (début du programme) et patients dont la transplantation a réussi, selon la province ou la région, Canada, en décembre 1996

	Nombre de transplantations effectuées depuis 1981	Nombre de patients dont la transplantation a réussi
Canada	**21 451**	**12 083**
Atlantique	1 782	1 009
Québec	4 904	2 460
Ontario	9 193	5 464
Manitoba	810	401
Saskatchewan	642	225
Alberta	2 110	1 165
Colombie-Britannique	2 010	1 359

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

Tableau 28c Nombre de transplantations effectuées et de donneurs cadavériques, selon la province/région, Canada, 1996

	Transplantations effectuées en 1996 (par million d'habitants de population)	Donneurs cadavériques vériques	Donneurs cadavériques (par million d'habitants)
Canada	**51,1**	**423**	**14,1**
Atlantique	41,4	25	10,4
Québec	45,6	113	15,3
Ontario	57,3	153	13,6
Manitoba	43,7	26	22,7
Saskatchewan	21,5	5	4,9
Alberta	69,9	53	19,0
Colombie-Britannique	47,9	48	12,4

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

29

Dépenses de santé

Introduction

Les dépenses nationales de santé désignent celles dont le principal objectif est d'améliorer l'état de santé ou d'en prévenir la détérioration. Elles incluent les dépenses des secteurs public et privé en matière de soins de santé personnels (notamment les services de santé utilisés par les personnes) ceux qui sont dispensés au nom de la société comme la santé publique, ainsi que les frais administratifs liés à la planification et à la gestion du système de soins de santé.

Les dépenses de santé reflètent le volume de biens et de services de santé, et leurs prix. Au fil des années, une hausse des dépenses de santé peut être attribuable à l'un ou à plusieurs des facteurs suivants : la croissance démographique, l'utilisation accrue par habitant, l'accroissement des prix. Les dépenses sont regroupées en sept grandes catégories : les hôpitaux, les médecins, les médicaments, les autres professionnels de la santé, les autres établissements, les immobilisations et les autres dépenses. Les dépenses par habitant représentent la valeur moyenne des dépenses totales de santé, par personne et par catégorie. L'information des dépenses par habitant permet d'établir des comparaisons avec le temps en éliminant le facteur de croissance démographique.

Dépenses de santé en dollars courants

En 1996, les dépenses totales du Canada en matière de santé ont atteint 75,3 milliards de dollars, soit 9,2 p. 100 du produit intérieur brut (tableau 29a)[1,2]. De 1995 à 1996, les dépenses ont augmenté de 1,1 milliard de dollars, ou 1,5 p. 100. Les dépenses par habitant s'établissaient à 2 513 $ en 1996, ou 0,3 p. 100, une augmentation de 7 $ par rapport à 1995, une des hausses les plus faibles depuis 1975 (la croissance la plus faible des dépenses par habitant a été enregistrée en 1995, à -0,1 p. 100)[2].

Les hôpitaux accaparaient la plus grande part des dépenses de santé totales (25,9 milliards de dollars, ou 34,3 p. 100 en 1996), suivis des médecins (10,7 milliards de dollars, ou 14,3 p. 100) et des médicaments (10,2 milliards de dollars, ou 13,6 p. 100)[2].

Entre 1975 et 1991, les dépenses totales du Canada en matière de santé se sont accrues à un rythme annuel moyen de 11,1 p. 100, ou 9,8 p. 100 par habitant. Entre 1991 et 1996, ce taux s'est abaissé à 2,6 p. 100, ou 1,2 p. 100 par habitant (figures 29a)[2].

Le ralentissement a été marqué surtout dans les deux principales catégories, les hôpitaux et les médecins. Dans le premier cas, le taux de changement annuel est passé de 10,2 p. 100, de 1975 à 1991, à -0,1 p. 100, de 1991 à 1996. Pour ce qui est des médecins, ce taux est passé de 11,3 p. 100 de 1975 à 1991, à 1 p. 100, de 1991 à 1996. Le taux d'augmentation des dépenses de médicaments et autres services de santé a également ralenti, mais dans une moindre mesure (13 p. 100 dans les deux cas de 1975 à 1991 ; 5,9 p. 100 et 6,2 p. 100 respectivement, de 1991 à 1996)[2].

En 1997, le Canada se classait quatrième des pays industrialisés (G-7) pour ce qui est du pourcentage du produit domestique brut alloué aux dépenses totales de santé (figure 29b)[3].

Dépenses de santé en dollars constants

Une analyse récente révèle que depuis toujours, les hausses des dépenses de santé sont davantage attribuables à l'accroissement des prix des biens et services connexes qu'à la croissance démographique ou à une utilisation accrue[4]. Il importe de considérer les données sur les dépenses de santé en excluant les effets de l'inflation, c'est-à-dire en dollars constants.

En dollars de 1986, les dépenses de santé totales se sont chiffrées en 1996 à 56,7 milliards de dollars, une hausse de 2,2 p. 100 par rapport à 1995[4], et les dépenses par habitant, à 1 891 $, une augmentation de 1 p. 100 comparativement à 1995. Entre 1975 et 1991, le taux annuel de changement des dépenses par habitant a oscillé entre -1,4 p. 100 et 4,8 p. 100. La hausse a été de 2,3 p. 100 en 1991, et les niveaux ont même diminué en 1993 et en 1995 (figure 29c)[4].

Différences entre les provinces et les territoires

En 1996, les dépenses provinciales pour la santé par habitant ont varié de 2 267 $ à Terre-Neuve à 2 728 $ en Colombie-Britannique. Ces montants étaient encore plus élevés dans les deux Territoires. En pourcentage du produit intérieur brut, les dépenses pour la santé étaient les plus élevées dans les Territoires du Nord-Ouest (12,9 p. 100) et à Terre-Neuve (12,1 p. 100) et les plus basses en Alberta (7,1 p. 100) (tableau 29a)[1,2]. Les hôpitaux ont accaparé la plus grande proportion des dépenses de santé (tableau 29b)[2]. Parmi les provinces, la Saskatchewan et l'Alberta se retrouvaient sensiblement sous la moyenne par habitant pour les dépenses hospitalières alors que Terre-Neuve dépassait passablement cette moyenne. Les dépenses par habitant pour les hôpitaux dans les Territoires étaient encore plus élevées, spécialement dans les Territoires du Nord-Ouest où elles étaient plus du double de la moyenne canadienne.

Les provinces et les Territoires ont tous enregistré des baisses marquées des taux de croissance des dépenses de santé, après 1991. Ces taux se fondent sur les dépenses totales en matière de santé par les secteurs privé et public. Dans certains cas, en Saskatchewan, en Alberta, en Nouvelle-Écosse, au Québec et au Yukon par exemple, la croissance des dépenses a ralenti au milieu des années 1990, tandis qu'ailleurs, la croissance s'est maintenue après 1991, mais à un rythme moins soutenu que ce que l'on avait connu au cours des 20 dernières années[2].

Les diminutions des dépenses de santé sont également manifestes en dollars constants par habitant et la tendance de 15 ans se stabilise à compter de 1991 (figure 29d)[2]. Cette année-là, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta ont enregistré des baisses de dépenses de santé par habitant en dollars constants. Par la suite, tous les Territoires et provinces ont enregistré des diminutions au cours d'au moins une année.

Définitions et méthodes

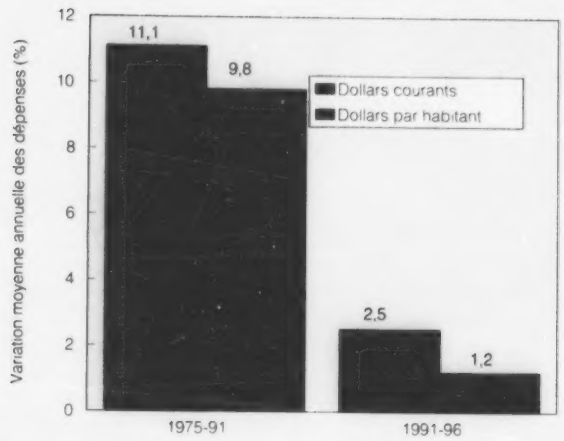
Les dépenses nationales de santé s'appuient sur divers types d'information financière (comptes publics, budget des dépenses principal, rapports annuels, enquêtes et totalisations spéciales), en provenance de plus de 100 sources (gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, administrations municipales, commissions des accidents du travail, régimes d'assurance à but lucratif et sans but lucratif, associations). Les données sont classées selon les méthodes établies par un comité de révision afin de présenter les estimations de dépenses de santé les plus complètes et les plus actuelles. L'information est mise à jour annuellement, bien que certaines sources ne présentent pas de nouvelles données chaque année. Ainsi, les données incluent une combinaison de données actuelles, préliminaires et estimées.

Les dépenses en dollars constants sont calculées à l'aide d'indices de prix des dépenses de santé des secteurs public et privé, dans chaque province et Territoire[1]. Ces indices ne sont pas disponibles pour les catégories individuelles de dépenses, de sorte que les données sur les dépenses par utilisation de fonds ne sont présentées qu'en dollars courants.

Ouvrages de référence

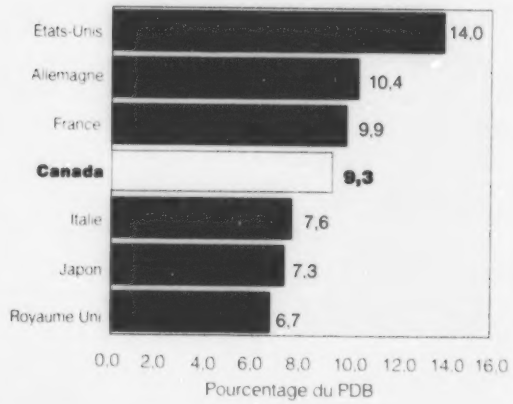
1. Statistique Canada, Division des comptes nationaux et de l'environnement, totalisations spéciales.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé*, 1975-1998.
3. Organisation pour la coopération et le développement économiques, *Éco-Santé OCDE 1998, (CD-ROM)*.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1997*.

Figure 29a **Taux moyen annuel de variation des dépenses totales de santé, en dollars courants et en dollars par habitant, Canada, périodes choisies**



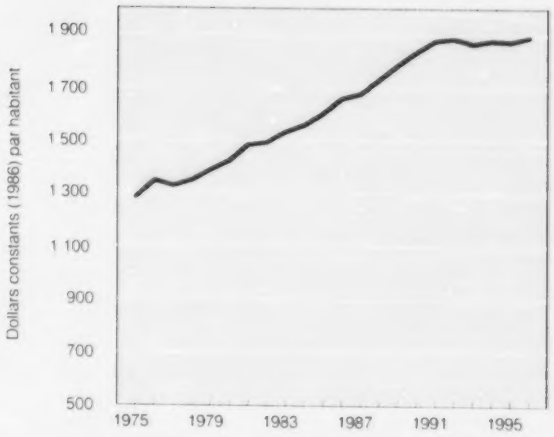
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–1997.*

Figure 29b **Pourcentage du produit domestique brut (PDB) dépensé en santé, pays industrialisés du G-7, 1997**



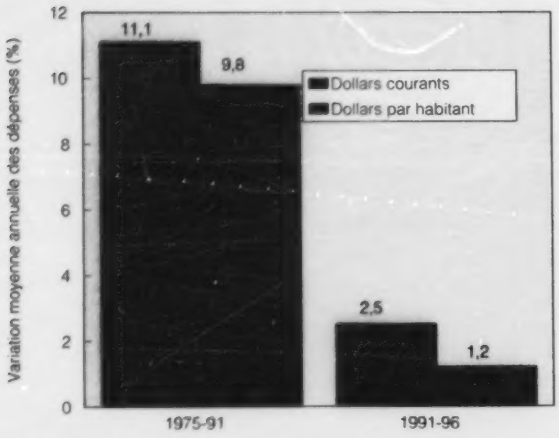
Source: Organisation pour la coopération et le développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998, (CD-ROM).*

Figure 29c **Total des dépenses de santé par habitant (dollars constants 1986), Canada, 1975–1996**



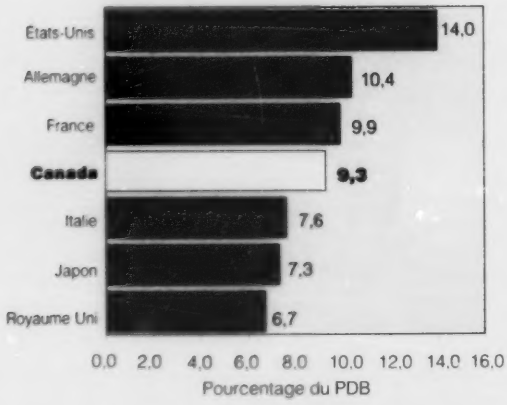
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–1997.*

Figure 29a **Taux moyen annuel de variation des dépenses totales de santé, en dollars courants et en dollars par habitant, Canada, périodes choisies**



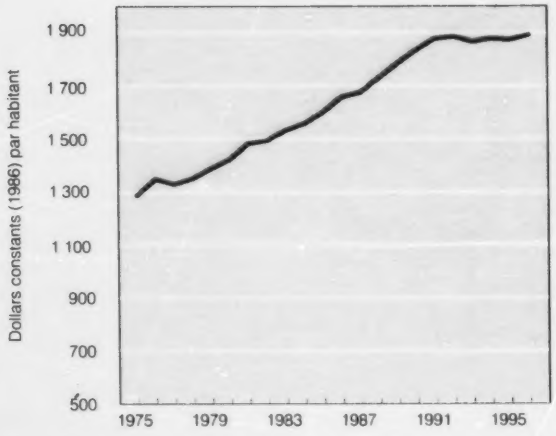
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–1997.*

Figure 29b **Pourcentage du produit domestique brut (PDB) dépensé en santé, pays industrialisés du G-7, 1997**



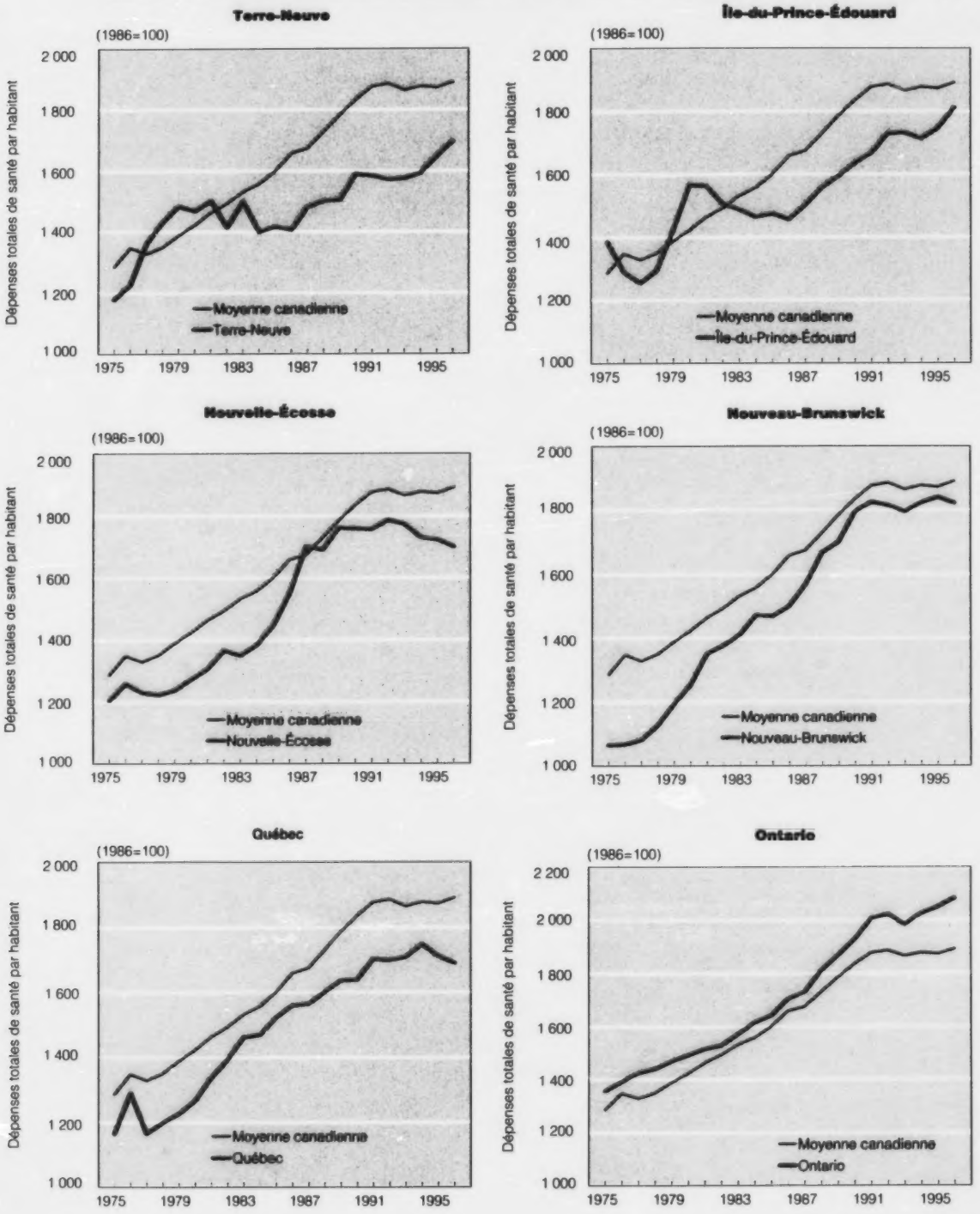
Source: Organisation pour la coopération et le développement économiques, *Éco-Santé OCDE 1998, (CD-ROM).*

Figure 29c **Total des dépenses de santé par habitant (dollars constants 1986), Canada, 1975–1996**



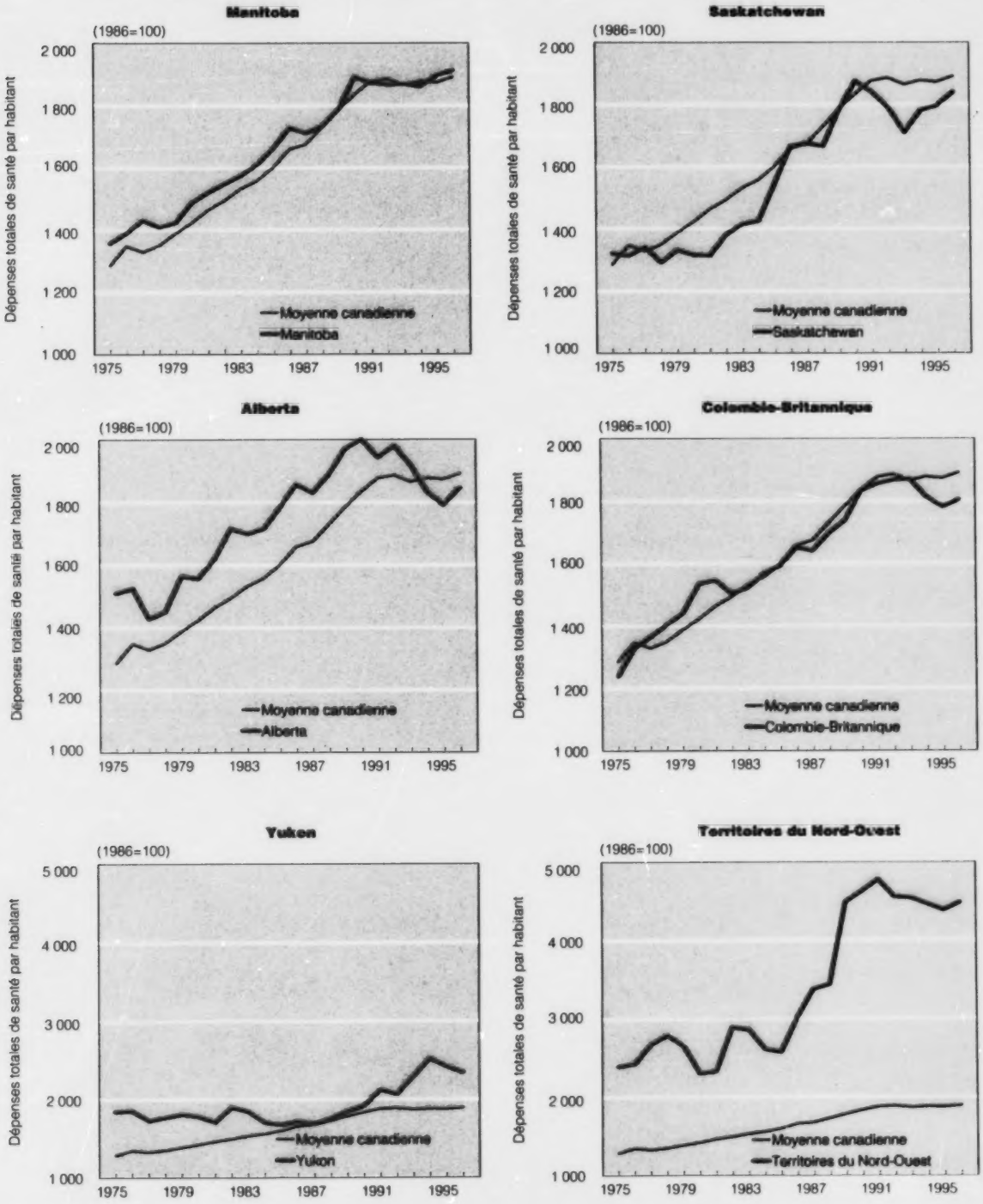
Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–1997.*

Figure 29d. **Total des dépenses de santé par habitant (dollars constants 1986), par province/territoire, Canada, 1975–1996**



(suite)

Figure 29d **Total des dépenses de santé par habitant (en dollars constants 1986) par province/ territoire, Canada, 1975–1995 – suite**



Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975–1998.*

Tableau 29a **Dépenses totales de santé, selon la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Milliers de dollars	Dollars par habitant	% du PIB
Canada	**75 304,1**	**2 513**	**9,2**
Terre-Neuve	1 295,9	2 267	12,1
Île-du-Prince-Édouard	337,2	2 467	11,8
Nouvelle-Écosse	2 144,6	2 274	10,9
Nouveau-Brunswick	1 807,1	2 371	10,8
Québec	17 059,0	2 309	9,5
Ontario	29 545,1	2 624	8,9
Manitoba	2 941,4	2 579	10,4
Saskatchewan	2 525,7	2 477	9,0
Alberta	6 648,9	2 380	7,1
Colombie-Britannique	10 524,8	2 728	9,9
Yukon	102,6	3 267	8,7
Territoires du Nord-Ouest	371,92	5 564	12,9

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–1998.*

Tableau 29b **Dépenses de santé par habitant, selon l'utilisation des fonds (dollars courants), la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Total	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Capital	Autre
Canada	**2 512,72**	**862,93**	**251,23**	**358,52**	**294,54**	**340,58**	**74,11**	**330,81**
Terre-Neuve	2 266,86	992,23	274,93	252,07	164,69	340,37	18,51	224,06
Île-du-Prince-Édouard	2 465,77	915,37	347,56	245,74	256,39	400,09	40,29	260,34
Nouvelle-Écosse	2 273,71	890,86	310,20	268,48	218,74	357,98	19,36	208,08
Nouveau-Brunswick	2 371,39	972,97	261,64	287,94	180,11	321,84	96,78	250,10
Québec	2 309,01	896,18	207,03	304,82	245,24	333,97	62,86	258,90
Ontario	2 624,27	875,04	225,57	412,47	334,17	376,50	83,00	317,52
Manitoba	2 579,30	902,23	340,33	263,10	267,35	322,93	59,50	423,85
Saskatchewan	2 477,06	692,96	368,63	303,20	215,37	319,25	105,57	472,08
Alberta	2 380,35	722,38	280,48	288,82	310,12	297,83	50,36	430,36
Colombie-Britannique	2 728,32	830,59	309,91	453,75	354,86	287,21	88,78	403,22
Yukon	3 267,22	993,68	245,19	341,59	191,17	248,07	413,54	833,98
Territoires du Nord-Ouest	5 563,87	1 885,71	191,16	319,66	217,78	405,02	634,80	1 909,74

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–1998.*

Ressources personnelles et adaptation

Accroître les aptitudes individuelles à l'adaptation et favoriser le soutien social constituent deux des principales stratégies de promotion de la santé, telles qu'elles ont été décrites il y a douze ans dans La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé. *Le présent chapitre offre des exemples de l'étendue des réactions d'adaptation et du soutien social au sein de la population canadienne ainsi que de la qualité des pratiques parentales et du fonctionnement familial.*

Aperçu

Le soutien social, sous forme d'accès aux amis et à la famille en cas de besoin, est décrit comme étant généralement très élevé au Canada (sujet 30). En fait, le soutien social déclaré est tellement élevé qu'il soulève des questions sur la valeur de

l'indicateur : 83 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens affirment avoir accès à quatre sources possibles sur quatre de soutien social. Il est moins facile de déterminer s'ils ont dû y recourir et quelle réponse ils ont obtenue, le cas échéant. Ce que l'on *sait*, c'est que le soutien social est le moins souvent déclaré par ceux qui en ont le plus besoin – les personnes âgées, les personnes à faible revenu et les chefs de famille monoparentale. Bien que l'accès au soutien soit uniformément répandu, seulement 3 p. 100 des Canadiens ont reçu des soins informels pour des problèmes de santé chronique (sujet 32) et seulement 2 p. 100 ont eu recours aux soins à domicile (sujet 34). Ces chiffres semblent bas, compte tenu de ce que 16 p. 100 présentent une limitation à long terme d'une activité quelconque (sujet 58). Le recours à des groupes d'entraide (sujet 35) était aussi plutôt rare.

Un grand nombre de Canadiens donnent une forme ou une autre de soins informels aux autres, mais le stress de cette activité et les répercussions sur l'emploi sont concentrés dans certains groupes d'âge qui manifestement auraient besoin d'un répit quelconque ou d'un autre soutien (sujet 33). Autrement dit, il ne suffira peut-être pas au gouvernement de s'appuyer uniquement sur les familles et les amis pour dispenser indéfiniment les soins informels ; les aptitudes à l'adaptation et les soutiens de ces fournisseurs de soins ont aussi besoin d'aide.

La plupart des soins informels sont prodigués aux aînés par des personnes de 35 à 54 ans, mais nombre d'entre elles sont également responsables de l'éducation de la prochaine génération, et la plupart le font efficacement (sujet 31). Toutefois, une proportion considérable de familles ne fonctionnent pas bien, ce qui est de mauvais augure pour l'avenir de leurs enfants et souligne le besoin de services de soutien stratégiques.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Comparé à bien d'autres pays, le Canada est désormais bien servi par des enquêtes démographiques permanentes qui décrivent les facteurs déterminants sociaux de la santé. Les deux principales sont des enquêtes prospectives, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* et l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. La répétition biennale prévue des deux enquêtes fournira des mises à jour précieuses de nombreux indicateurs du présent *Rapport*, ainsi que des aperçus tout aussi importants de la dynamique de l'évolution individuelle au fil du temps. L'analyse de cette évolution n'est qu'un début, mais ce qu'elle promet est illustré par les résultats du fonctionnement familial et du style d'approche parentale (sujet 31). Il faut une analyse plus poussée, et peut-être d'autres années de données, pour déterminer pourquoi l'approche positive parentale diminue lorsque l'enfant grandit.

Bien que ces enquêtes soient de bonnes sources de données sur les facteurs déterminants sociaux en matière de santé, il y a toujours place à l'amélioration. Il en va de même pour l'indice de soutien social de l'ENSP, qui pourrait être complété par des questions entraînant une plus grande variété de réponses. À l'heure actuelle, la répartition du soutien social est tellement asymétrique que les possibilités d'analyse de cette importante variable sont limitées.

30

Soutien social et comportement prosocial

Introduction

Le niveau de soutien social dont peuvent bénéficier les Canadiennes et les Canadiens est important pour leur santé de plusieurs façons[1]. Un faible niveau de soutien social constitue un important facteur de risque pour de nombreux problèmes de santé, notamment la dépression et le suicide (sujets 75 et 81) ainsi qu'une foule d'états de santé physique, voire une mort prématurée[2]. À l'inverse, un niveau élevé de soutien peut s'avérer un mécanisme d'adaptation important pour les individus, lorsque surviennent des problèmes (sujets 32, 33 et 35).

Le présent chapitre porte sur les variations dans la répartition des niveaux élevés de soutien social selon les déclarations des répondants à l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, ainsi qu'à l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* de 1994-1995.

Prévalence des niveaux élevés de soutien social, 1996-1997

Dans l'ensemble, la plupart des Canadiens déclarent avoir accès à des niveaux de soutien considérablement élevés. Plus de quatre répondants sur cinq ont indiqué quatre sources sur quatre, soit le niveau de soutien le plus élevé. Cela représente près de 20 millions de Canadiens âgés de 12 ans ou plus (tableau 30)[3]. Le même groupe d'âge a également déclaré ce niveau élevé de soutien en 1994-1995[4]. De même, une vaste majorité (87 p. 100) des parents d'enfants canadiens de 0 à 11 ans ont déclaré pouvoir compter sur quelqu'un en cas d'urgence, tandis que les déclarations des enfants de 10 à 11 ans révélaient une forte tendance au comportement prosocial ou au souci d'autrui[5].

Différences entre les groupes

Même si tous les groupes ont déclaré bénéficier de niveaux élevés de soutien, une proportion plus élevée de femmes (87 p. 100) que d'hommes (80 p. 100) ont exprimé ce fait (tableau 30). Les adolescents et les jeunes adultes bénéficient de plus de soutien que les personnes âgées ; or, semble-t-il, ce soutien s'avère des plus importants pour celles-ci (voir le sujet 32). Quoi qu'il en soit, la diminution du soutien qui se produit à mesure que les Canadiens vieillissent est très graduelle. Près des trois quarts des personnes âgées ont déclaré avoir accès à des niveaux élevés de soutien.

Le revenu semble être associé au niveau de soutien social reçu. Les gens dont le revenu est inférieur avaient le pourcentage le plus faible de soutien élevé (74 p. 100) comparativement à ceux dont le revenu est supérieur (89 p. 100) (tableau 30). Le niveau d'instruction ne semble toutefois pas être fortement associé au soutien social reçu par les Canadiens (données non présentées)[3].

Un pourcentage relativement élevé de personnes dans tous les types de ménage bénéficiaient de niveaux élevés de soutien social, à partir d'un minimum de 72 p. 100 pour les hommes chefs de famille monoparentale ou dans un couple sans enfant, jusqu'au maximum de 89 p. 100 pour les femmes seules. En général, les personnes seules affichaient le niveau de soutien social le plus élevé et les parents monoparentaux, le plus faible (figure 30)[3].

Les différences provinciales au chapitre du soutien social sont pratiquement inexistantes. Seuls les Québécois ont déclaré bénéficier d'un niveau de soutien plus faible que la moyenne. Plus des trois quarts des Québécois étaient néanmoins en mesure d'indiquer des niveaux élevés de soutien (tableau 30).

Définitions et méthodes

Ces données concernant la population de 12 ans ou plus proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada, de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP). L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur un échantillon formé de près de 18 000 personnes de 12 ans ou plus. L'enquête comprenait également un échantillon de 2 000 personnes de moins de 12 ans[6].

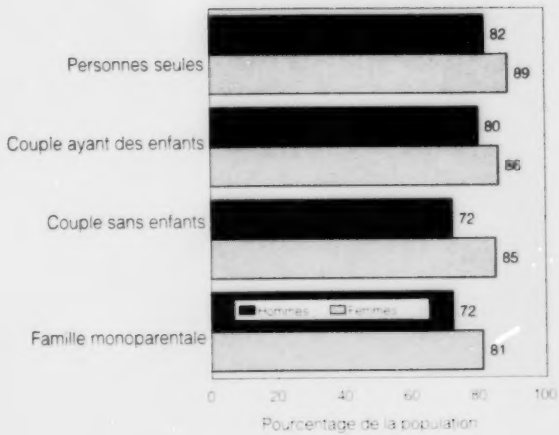
L'ENSP a permis de déterminer le niveau de soutien social à l'aide de quatre questions. On a demandé aux répondants s'ils avaient quelqu'un à qui ils pouvaient se confier; quelqu'un sur qui ils pouvaient compter en cas de crise ; quelqu'un à qui ils pouvaient se fier pour obtenir des conseils; et quelqu'un qui leur témoignait de l'affection et de l'attention. Les personnes qui ont répondu par l'affirmative à toutes les questions sont considérées comme ayant accès à un niveau élevé de soutien social.

Pour sa part, *l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* a permis de recueillir de l'information sur près de 23 000 enfants de 0 à 11 ans, en 1994-1995. Les données présentées ici sur le soutien social ont été obtenues grâce à des entrevues réalisées auprès des « personnes qui s'y connaissent le mieux » en matière d'enfants. En effet, on a interrogé les enfants de 10 à 11 ans sur leur propre comportement prosocial[5].

Ouvrages de référence

1. Smith, C.E. et autres, « Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes », *Annals of Behavioral Medicine*, 1994, vol. 16, nº 4, p. 352-362.
2. Berkman, L., « Assessing the physical health effects of social networks and social support », *Annual Review of Public Health*, 1984, nº 5, p. 413-432.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, nº de catalogue 89-550-MPF, nº 1.
6. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 30 **Niveaux élevés de soutien social, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Définitions et méthodes

Ces données concernant la population de 12 ans ou plus proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada, de juin 1996 à août 1997, dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP). L'enquête visait plus de 20 000 ménages ayant participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur le présent sujet s'appuient sur un échantillon formé de près de 18 000 personnes de 12 ans ou plus. L'enquête comprenait également un échantillon de 2 000 personnes de moins de 12 ans[6].

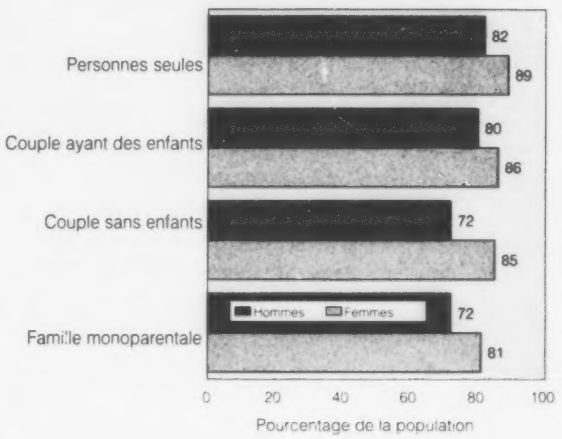
L'ENSP a permis de déterminer le niveau de soutien social à l'aide de quatre questions. On a demandé aux répondants s'ils avaient quelqu'un à qui ils pouvaient se confier; quelqu'un sur qui ils pouvaient compter en cas de crise ; quelqu'un à qui ils pouvaient se fier pour obtenir des conseils; et quelqu'un qui leur témoignait de l'affection et de l'attention. Les personnes qui ont répondu par l'affirmative à toutes les questions sont considérées comme ayant accès à un niveau élevé de soutien social.

Pour sa part, *l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* a permis de recueillir de l'information sur près de 23 000 enfants de 0 à 11 ans, en 1994-1995. Les données présentées ici sur le soutien social ont été obtenues grâce à des entrevues réalisées auprès des « personnes qui s'y connaissent le mieux » en matière d'enfants. En effet, on a interrogé les enfants de 10 à 11 ans sur leur propre comportement prosocial[5].

Ouvrages de référence

1. Smith, C.E. et autres, « Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes », *Annals of Behavioral Medicine*, 1994, vol. 16, nº 4, p. 352-362.
2. Berkman, L., « Assessing the physical health effects of social networks and social support », *Annual Review of Public Health*, 1984, nº 5, p. 413-432.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, nº de catalogue 89-550-MPF, nº 1.
6. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 30 **Niveaux élevés de soutien social, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 30 **Niveaux élevés de soutien social, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population (en milliers)	Soutien élevé (%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**83**
Hommes	12 099	80
Femmes	12 495	87
Total, 12 à 14 ans	1 151	81
Hommes	580	76
Femmes	571	86
Total, 15 à 17 ans	1 284	90
Hommes	683	87
Femmes	601	93
Total, 18 à 19 ans	826	92
Hommes	403	89
Femmes	424	95
Total, 20 à 24 ans	1 873	90
Hommes	948	85
Femmes	924	95
Total, 25 à 34 ans	4 472	88
Hommes	2 209	85
Femmes	2 263	92
Total, 35 à 44 ans	5 238	85
Hommes	2 645	82
Femmes	2 593	87
Total, 45 à 54 ans	3 771	81
Hommes	1 922	77
Femmes	1 849	86
Total, 55 à 64 ans	2 565	79
Hommes	1 231	75
Femmes	1 334	82
Total, 65 à 74 ans	2 096	75
Hommes	930	73
Femmes	1 166	77
Total, 75 ans et +	1 320	72
Hommes	549	68
Femmes	771	74
Revenu inférieur	970	74
Revenu moyen-inférieur	2 262	76
Revenu moyen	6 194	82
Revenu moyen-supérieur	7 962	85
Revenu supérieur	3 107	89
Revenu non déclaré	4 100	83
Terre-Neuve	478	87
Île-du-Prince-Édouard	113	90
Nouvelle-Écosse	775	88
Nouveau-Brunswick	632	85
Québec	6 131	77
Ontario	9 323	85
Manitoba	902	83
Saskatchewan	801	87
Alberta	2 244	83
Colombie-Britannique	3 196	87

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

31

Développement sain de l'enfant

Introduction

Le développement précoce de l'enfant a un effet profond et durable sur le bien-être physique et mental subséquent et sur la maturité scolaire[1] (sujet 5). Ce développement peut être influencé par la présence ou l'absence des deux parents (sujet 2), des situations économiques (sujet 6) et du stress à la maison (sujets 8 et 10). Le fonctionnement de la famille en tant qu'unité, la cohérence de l'approche parentale ainsi que des interactions chaleureuses et positives entre le parent et l'enfant ont tous également une influence durable sur le développement[2]. Le présent chapitre examine ces facteurs et utilise, pour ce faire, les données sur les déclarations des parents durant l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* de 1994-1995.

Milieu familial, 1994-1995

Plus de 90 p. 100 des familles du Canada fonctionnaient de manière efficace en 1994-1995 (tableau 31)[3], alors que 8 p. 100 d'entre elles étaient suffisamment inefficaces pour laisser prévoir des problèmes à long terme pour les enfants[2]. (Puisque la définition des résultats de la cohérence de l'approche parentale et de l'interaction positive parent-enfant est arbitraire ici, ils ne servent qu'à la comparaison entre les groupes.)

Différences entre les groupes

Selon les déclarations de ces parents, il n'y a pas de différence dans le fonctionnement des familles de garçons ou de filles, pas plus qu'il n'y en a dans la cohérence ou la chaleur de l'approche parentale des garçons ou des filles (tableau 31). Les différences d'âge sont également minimes, sauf en ce qui concerne l'interaction parent-enfant positive, où l'on distingue une diminution abrupte à mesure que l'enfant grandit.

Les familles où le parent répondant n'a pas terminé d'études secondaires sont quelque peu moins efficaces que la moyenne, mais les différences sont minimes (tableau 31). La cohérence de l'approche parentale est plus fortement reliée au niveau d'instruction du parent. Les diplômés universitaires ont déclaré cette cohérence parentale 1,5 fois plus souvent que les parents n'ayant pas achevé d'études secondaires (figure 31)[3].

Il n'y a presque pas de différence de fonctionnement familial entre les provinces selon ces données, mais l'approche parentale cohérente est plus souvent mentionnée en Ontario et dans les provinces à l'ouest (tableau 31).

Définitions et méthodes

Ces résultats proviennent de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* de 1994-1995 de Statistique Canada. Le fonctionnement familial et le style d'approche parentale ont été évalués à l'aide d'information obtenue lors d'entrevues du parent le mieux renseigné d'un échantillon représentatif de près de 23 000 enfants de 0 à 11 ans. Le fonctionnement familial a été évalué pour tout l'échantillon, tandis que le style d'approche parentale, tel que nous le présentons ici, se fonde sur un échantillon des parents de plus de 18 000 enfants de 2 ans et plus.

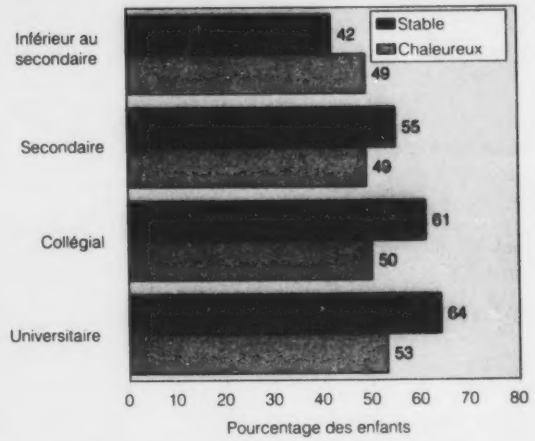
L'évaluation du fonctionnement familial s'appuyait sur 12 questions dont la note maximum possible était 35 (pour une dysfonction importante). Un fonctionnement sain ou efficace est défini par une note de 0 à 14, qui a été indépendamment établie comme seuil clinique[2]. Ce seuil n'existe pas pour l'interaction positive et l'approche parentale cohérente qui ont été évaluées avec six échelles différentes de l'approche parentale[1]. En ce qui concerne les comparaisons entre les groupes, les valeurs présentées ici sont simplement celles qui se situent à un niveau

égal ou supérieur au « bon » côté de la note moyenne (14,7 sur un 20 possible pour la cohérence, et 13,5 sur 20 pour l'interaction).

Ouvrages de référence

1. Landy, S. et K.K. Tam, « Yes, parenting does make a difference to the development of children in Canada », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1.
2. Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly, « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 1990 », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1.
3. Santé Canada, Section de la coordination de l'information, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, 1994-1995, totalisations spéciales.

Figure 31. **Approche parentale, selon le niveau d'instruction des parents, enfants de 2 à 11 ans, Canada, 1994–1995**



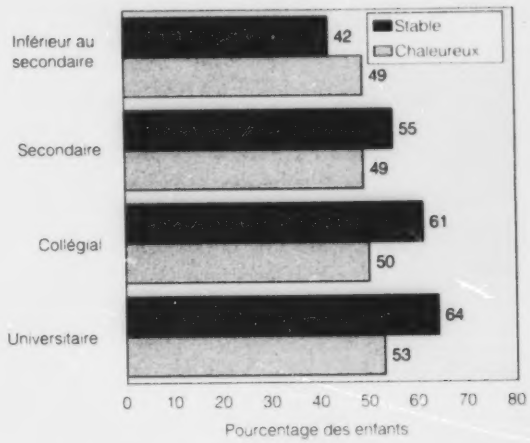
Source: Santé Canada, Section de la coordination de l'information, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994–1995*, totalisations spéciales.

égal ou supérieur au « bon » côté de la note moyenne (14,7 sur un 20 possible pour la cohérence, et 13,5 sur 20 pour l'interaction).

Ouvrages de référence

1. Landy, S. et K.K. Tam, « Yes, parenting does make a difference to the development of children in Canada », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1.
2. Ross, D.P., K. Scott et M.A. Kelly, « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 1990 », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1.
3. Santé Canada, Section de la coordination de l'information, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, 1994-1995, totalisations spéciales.

Figure 31 **Approche parentale, selon le niveau d'instruction des parents, enfants de 2 à 11 ans, Canada, 1994–1995**



Source: Santé Canada, Section de la coordination de l'information, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994–1995*, totalisations spéciales.

Tableau 31 **Fonctionnement familial efficace, rôle parental stable et interaction parent-enfant positive, selon l'âge et le sexe de l'enfant, le niveau d'instruction des parents et la province, Canada, 1994–1995**

	Estime de population	Fonctionnement efficace	Rôle parental stable	Interaction positive chaleureuse
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 0 à 11 ans	**4 673[a]**	**92**	**58**	**51**
Garçons	2 390	91	59	51
Filles	2 283	92	57	51
0 à 1 an	753	92	–	–
Garçons	385	91	–	–
Filles	367	92	–	–
2 à 4 ans	1 208	91	54	81
Garçons	624	89	54	81
Filles	583	92	54	81
5 à 8 ans	1 543	92	59	47
Garçons	783	93	61	47
Filles	760	92	57	46
9 à11 ans	1 171	92	60	26
Garçons	597	91	60	25
Filles	573	92	61	27
Inférieur au secondaire	750	86	42	49
Secondaire	819	93	55	49
Collégial	1 317	92	61	50
Universitaire	1 721	93	64	53
Terre-Neuve	89	93	54	56
Île-du-Prince-Édouard	23	94	58*	47*
Nouvelle-Écosse	144	92	59	50
Nouveau-Brunswick	115	93	53	52
Québec	1 083	91	47	52
Ontario	1 755	92	61	51
Manitoba	180	92	62	49
Saskatchewan	175	91	64	41
Alberta	482	91	65	51
Colombie-Britannique	564	92	63	51

* Variabilité d'échantillonnage moyenne : interpréter avec prudence.

– Données non disponibles.

[a] Les totaux affichés correspondent au fonctionnement familial ; ceux du rôle de parent sont plus faibles pour le nombre d'enfants de moins de deux ans.

Source: Santé Canada, Section de la coordination de l'information, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994–1995* ; totalisations spéciales.

32

Donner et recevoir des soins informels

Introduction

Selon une opinion très répandue, particulièrement au sein de la communauté faisant la promotion de la santé, le soutien social joue un rôle important dans un mode de vie sain[1]. Les soins informels dispensés à ou par des amis ou des membres de la famille quand les personnes sont jeunes ou malades, sont une manifestation évidente de soutien social. L'*Enquête sociale générale de 1996* et le Recensement de 1996 visaient à déterminer l'étendue des soins informels au Canada à titre d'indicateur important de soutien social (voir aussi les sujets 30 et 33). L'*Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*[2] inscrit les résultats des soins informels dans un cadre plus vaste.

Donner et recevoir des soins informels, 1996

Au cours de la semaine précédant le 1er juin 1996, 38 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont consacré du temps aux soins des enfants, et 17 p. 100 ont consacré du temps aux soins des aînés, sans rémunération (tableau 32a)[3,4]. En tout, quelque 7 p. 100 des Canadiens ont consacré 60 heures ou plus aux soins des enfants, et 2 p. 100 ont consacré 10 heures ou plus aux soins des aînés, sans rémunération. Parmi les activités de soutien, venir en aide aux autres se classait, au second rang, derrière les dons de bienfaisance, en 1997[2].

En 1996, 12 p. 100 de toute la population canadienne de 15 ans ou plus (2,8 millions de personnes) donnaient des soins informels à des personnes ayant des problèmes de santé chroniques (tableau 32b)[5,6].

Environ 3 p. 100 des Canadiens *recevaient* des soins informels (mais pas de soins professionnels) en raison de leurs problèmes de santé chroniques en 1996[6].

La plupart de l'aide aux activités instrumentales (p. ex., la préparation des repas, le ménage, la lessive, les achats, etc.) était donnée aux parents ou beaux-parents (47 p. 100) et aux amis ou voisins (24 p. 100)[7]. Les soins personnels (p. ex., le bain, l'habillement) étaient prodigués à des parents (46 p. 100), des conjoints (16 p. 100) et des amis ou voisins (13 p. 100)[7].

Différences entre les groupes

En général, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de prodiguer des soins aux enfants et aux personnes âgées. Seul le groupe des 45-54 ans affichait un pourcentage à peu près égal d'hommes et de femmes prodiguant des soins aux enfants (tableau 32a). En outre, la disparité la plus importante entre les sexes en ce qui concerne les soins prodigués aux enfants se trouvait parmi les femmes et les hommes de 25 à 34 ans (60 et 42 p. 100, respectivement), et pour ce qui est des soins prodigués aux aînés, chez les femmes et les hommes de 45 à 54 ans (27 et 19 p. 100, respectivement)[8].

Le pourcentage le plus élevé de personnes qui ne prodiguaient pas de soins aux enfants sans rémunération durant la semaine précédant le recensement se trouvait dans les groupes de 15 à 24 ans, et de 65 ans et plus. À l'inverse, les Canadiens les plus susceptibles de prodiguer certains soins aux enfants sans rémunération avaient entre 35 et 44 ans (65 p. 100), tandis que les personnes les plus susceptibles de prodiguer des soins aux personnes âgées avaient entre 45 et 54 ans (23 p. 100). Toutefois, le groupe le plus enclin à consacrer 60 heures ou plus aux soins des enfants sans rémunération se trouvait parmi les Canadiens de 25 à 34 ans (15 p. 100), et ceux de 55 à 64 ans étaient les plus susceptibles (4 p. 100) de consacrer 10 heures ou plus aux soins des personnes âgées sans rémunération (tableau 32a).

Dans les familles de recensement où vivaient des enfants de 15 ans et moins, presque deux tiers (65 p. 100) des parents monoparentaux prodiguaient au moins certains soins aux enfants sans rémunération dans la semaine précédant le recensement, comparativement à seulement la moitié (50 p. 100) des personnes dans des ménages époux-épouse (données non présentées)[8]. En fait, 20 p. 100 des personnes de familles monoparentales consacraient 60 heures ou plus aux soins des enfants, comparativement à 9 p. 100 des personnes dans des ménages époux-épouse.

En général, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de donner des soins informels aux personnes présentant des problèmes de santé chroniques (14 et 10 p. 100, respectivement) (tableau 32b). Parmi les groupes d'âge, les femmes (20 p. 100) et les hommes (12 p. 100) de 45 à 54 ans représentaient le groupe le plus important de dispensateurs de soins informels à des personnes présentant des problèmes de santé chroniques. Les groupes d'âge les moins susceptibles de prodiguer ce type de soins étaient les 15 à 19 ans, et les 75 ans et plus (6 p. 100 chacun).

Comparativement à toutes les autres provinces (tableau 32a), la Colombie-Britannique était celle où l'on trouvait le moins de personnes susceptibles de consacrer du temps tant aux soins des enfants (36 p. 100) qu'à ceux des personnes âgées (15 p. 100), et les gens du Yukon affichaient le niveau le plus faible du Canada d'heures consacrées aux soins des aînés (12 p. 100). Par contre, les gens de la Saskatchewan et de l'Alberta étaient les plus enclins à avoir prodigué certains soins aux enfants (41 p. 100), et ceux de la Saskatchewan étaient les plus susceptibles de toutes les provinces (21 p. 100) d'avoir dispensé des soins aux personnes âgées. La grande majorité (57 p. 100) des résidents des Territoires du Nord-Ouest prodiguaient des soins aux enfants et plus d'un cinquième (21 p. 100) en dispensaient aux aînés. Au Yukon, 42 p. 100 des résidents prodiguaient aussi des soins aux enfants. Il se peut que certaines de ces différences s'expliquent par la composition démographique de ces provinces et Territoires.

Les provinces présentaient des différences pour ce qui est de donner des soins informels aux personnes présentant des problèmes de santé chroniques. Un quart (25 p. 100) des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard donnaient des soins informels, soit la proportion la plus importante de toutes les provinces (tableau 32b). À Terre-Neuve (19 p. 100) et en Nouvelle-Écosse (22 p. 100), les gens étaient aussi beaucoup plus enclins à prodiguer ces soins, comparativement à la moyenne nationale. Toutes les autres provinces affichaient des valeurs voisines de la moyenne nationale de 12 p. 100.

Plus une personne est âgée, plus la probabilité qu'elle reçoive des soins informels pour des problèmes de santé chroniques s'accroît. Le groupe le plus important à recevoir ces soins était constitué de 13 p. 100 des personnes de 75 ans et plus (11 p. 100 d'hommes et 14 p. 100 de femmes) (tableau 32b)[5,6]. Les gens de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient les plus susceptibles (8 p. 100) d'avoir reçu des soins informels, tandis que ceux de la Saskatchewan en avaient reçu le moins (2 p. 100).

En ce qui a trait aux 60 heures ou plus consacrées aux soins des enfants sans rémunération, des différences intéressantes apparaissaient selon la situation professionnelle et le sexe, chez les gens qui avaient des enfants de moins de 15 ans à la maison (figure 32)[8]. Dans les quatre catégories de la population active, les femmes étaient de deux à quatre fois plus susceptibles de consacrer 60 heures ou plus aux soins des enfants sans rémunération que leurs homologues masculins. Les hommes employés à temps plein ou hors de la population active étaient les moins enclins (6 p. 100) à consacrer 60 heures ou plus aux soins des enfants sans rémunération, tandis que les femmes sans emploi étaient les plus susceptibles (35 p. 100) de prodiguer ce type de soins.

Définitions et méthodes

Le recensement de 1996 comportait des questions sur le travail sans rémunération dans un ménage sur cinq (de tous les membres du ménage). Les questions étaient : « La semaine dernière, combien d'heures cette personne a-t-elle consacrées aux activités suivantes : ... garder son ou ses enfants ou les enfants des autres, sans rémunération ; ... venir en aide ou donner des soins à une ou plusieurs personnes âgées, sans rémunération. » Les réponses possibles allaient de « Aucun soin » à « 60 heures et plus ».

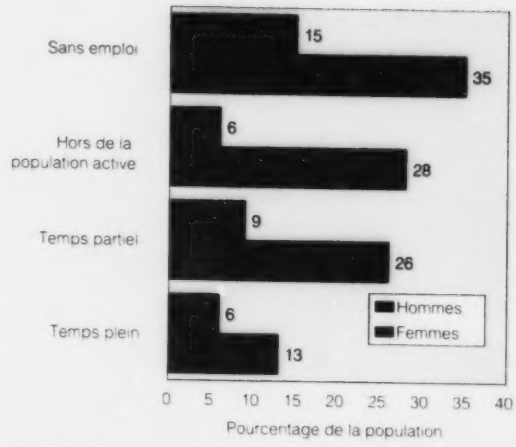
L'*Enquête sociale générale de 1996* (ESG) portait sur l'aide donnée ou reçue au cours de périodes difficiles temporaires, de limitations physiques ou en raison de problèmes de santé chroniques. Dans l'ESG de 1996, les soins informels sont définis comme étant l'exécution de tâches par des membres de la famille et des amis, sans rémunération, qui aident à maintenir ou à améliorer l'autonomie des gens. L'enquête ne demandait pas combien de temps était consacré à ces

soins. Environ 13 000 Canadiens de 15 ans et plus ont été interrogés entre février et décembre 1996, pour un taux de réponse de 85 p. 100.

Ouvrages de référence

1. Epp, J., *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1986.
2. Statistique Canada, *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, nº de catalogue 71-542-XPF, 1997.
3. Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96011, 1997.
4. Statistique Canada, Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et le foyer, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11 (1996)*, *Le Quotidien*, 19 août 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
6. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11 (1996)*, fichiers de microdonnées à grande diffusion, totalisations spéciales fournies par la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
7. Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, nº de catalogue 11-008-XPF, nº 47, p. 2-6, hiver 1997, Statistique Canada.
8. Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96015.

Figure 32 **Prestation de soins aux enfants sans rémunération durant 60 heures ou plus au cours de la dernière semaine, selon la situation professionnelle et le sexe, parents de 15 ans ou plus ayant des enfants de moins de 15 ans à la maison, Canada, 1996**



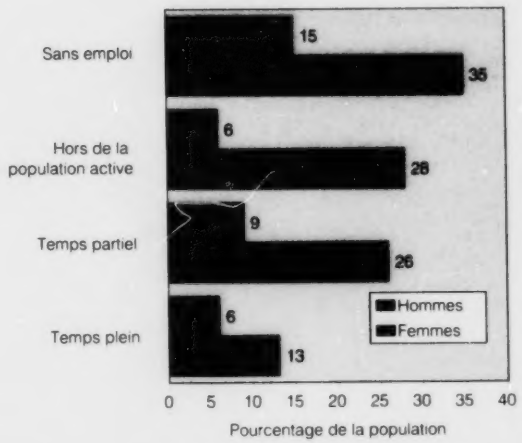
Source: Statistique Canada, Recensement de la population de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96015.

soins. Environ 13 000 Canadiens de 15 ans et plus ont été interrogés entre février et décembre 1996, pour un taux de réponse de 85 p. 100.

Ouvrages de référence

1. Epp, J., *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé,* Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1986.
2. Statistique Canada, *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, n° de catalogue 71-542-XPF, 1997.
3. Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96011, 1997.
4. Statistique Canada, Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et le foyer, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11 (1996), Le Quotidien*, 19 août 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
6. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11 (1996)*, fichiers de microdonnées à grande diffusion, totalisations spéciales fournies par la Division des statistiques sociales du logement et des familles.
7. Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, n° de catalogue 11-008-XPF, n° 47, p. 2-6, hiver 1997, Statistique Canada.
8. Statistique Canada, Recensement de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96015.

Figure 32. **Prestation de soins aux enfants sans rémunération durant 60 heures ou plus au cours de la dernière semaine, selon la situation professionnelle et le sexe, parents de 15 ans ou plus ayant des enfants de moins de 15 ans à la maison, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, Recensement de la population de 1996 : travail non rémunéré, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96015.

Tableau 32a **Soins des enfants et des personnes âgées sans rémunération, selon l'âge, le sexe, la province ou le territoire, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estimé de population	Soins des enfants	60 heures/ semaine ou +	Soins des personnes âgées	10 heures/ semaine ou +
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**22 629**	**38**	**7**	**17**	**2**
Hommes	11 022	34	3	14	2
Femmes	11 606	42	10	19	3
Total, 15 à 19 ans	1 956	23	1	11	1
Hommes	1 008	19	0	10	1
Femmes	948	28	2	12	1
Total, 20 à 24 ans	1 893	23	6	10	1
Hommes	947	16	1	8	1
Femmes	946	31	11	11	1
Total, 25 à 34 ans	4 481	51	15	12	1
Hommes	2 209	42	5	9	1
Femmes	2 272	60	24	15	2
Total, 35 à 44 ans	4 843	65	11	20	3
Hommes	2 386	61	5	16	2
Femmes	2 457	69	16	24	3
Total, 45 à 54 ans	3 698	38	3	23	3
Hommes	1 837	38	2	19	2
Femmes	1 861	39	4	27	4
Total, 55 à 64 ans	2 478	22	1	19	4
Hommes	1 217	18	1	15	2
Femmes	1 261	26	1	23	5
Total, 65 ans ou +	3 280	23	1	15	3
Hommes	1 417	11	0	14	3
Femmes	1 862	14	1	17	4
Terre-Neuve	437	39	9	16	4
Île-du-Prince-Édouard	104	40	7	19	3
Nouvelle-Écosse	720	38	8	17	3
Nouveau-Brunswick	585	38	7	18	3
Québec	5 673	39	4	16	2
Ontario	8 429	38	7	16	2
Manitoba	856	40	8	20	3
Saskatchewan	748	41	9	21	3
Alberta	2 055	41	8	16	3
Colombie-Britannique	2 955	36	7	15	2
Yukon	23	42	12	12	3
Territoires du Nord-Ouest	43	57	18	21	6

Sources: Statistique Canada, Recensement de la population de 1996 : soins sans rémunération, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96011 ; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et les ménages.

Tableau 32b **Prévalence des soins informels donnés et reçus pour des problèmes de santé de longue durée, selon l'âge, le sexe et la province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estimé de population	Soins donnés	Soins reçus
	(en milliers)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**23 605**	**12**	**3**
Hommes	11 618	10	3
Femmes	11 987	14	4
Total, 15 à 19 ans	1 959	6	#
Hommes	998	7	#
Femmes	961	6	#
Total, 20 à 24 ans	2 054	9	#
Hommes	1 046	8	#
Femmes	1 008	10	#
Total, 25 à 34 ans	4 818	10	1
Hommes	2 425	9	#
Femmes	2 393	11	#
Total, 35 à 44 ans	5 015	14	2
Hommes	2 509	12	#
Femmes	2 506	17	2
Total, 45 à 54 ans	3 818	16	3
Hommes	1 917	12	#
Femmes	1 901	20	4
Total, 55 à 64 ans	2 523	13	6
Hommes	1 243	9	6
Femmes	1 280	17	6
Total, 65 à74 ans	2 102	10	7
Hommes	970	9	6
Femmes	1 132	11	7
Total, 75 ans ou +	1 316	6	13
Hommes	509	7	11
Femmes	807	6	14
Terre-Neuve	454	19	8
Île-du-Prince-Édouard	107	25	8
Nouvelle-Écosse	750	22	4
Nouveau-Brunswick	608	14	4
Québec	5 905	12	3
Ontario	8 907	10	3
Manitoba	885	13	4
Saskatchewan	775	11	2
Alberta	2 137	11	3
Colombie-Britannique	3 077	12	3

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Sources: Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11 (1996)*, le 19 août 1997, microdonnées à grande diffusion ; Statistique Canada, totalisations spéciales de la Division des statistiques sociales du logement et des familles.

33

Fardeau des dispensateurs de soins

Introduction

Compte tenu de la population vieillissante (sujet 1), de l'augmentation de l'espérance de vie (sujet 84) et des coûts des soins de santé toujours grandissants (sujet 29), les décideurs ainsi que les patients manifestent de l'intérêt pour les soins à domicile. La prestation de soins de santé légers à domicile ainsi que les services d'aide familiale (sujet 34) peuvent aider les personnes âgées et d'autres dont la santé est défaillante à conserver leur indépendance, hors des établissements. Le présent chapitre décrit ce que pensent les fournisseurs de soins non rémunérés de leur rôle de fournisseurs de soins.

Répercussions de la prestation de soins informels, 1996

Quelque 2,8 millions de Canadiennes et de Canadiens de plus de 15 ans ont fourni de l'aide à une personne ayant une limitation physique ou un problème de santé à long terme en 1996 (sujet 32). Comme il est indiqué ci-dessous, fournir des soins aux autres peut influer sur le fournisseur de maintes façons.

De tous les Canadiens qui ont prodigué des soins à des personnes ayant une limitation physique ou un problème de santé à long terme, 45 p. 100 ont indiqué que la prestation de ces soins avait un effet sur leurs activités sociales, et 44 p. 100 ont conséquemment engagé des dépenses additionnelles (tableau 33)[1]. Un quart des fournisseurs de soins ont déclaré que leurs projets de vacances étaient contrariés, 12 p. 100 ont dit qu'eux ou la personne qu'ils soignaient avaient déménagé pour être plus près, et 21 p. 100 ont indiqué que leur santé en était affectée. En tout, la moitié de tous les fournisseurs de soins qui avaient un emploi rémunéré croyaient que leur prestation de soins avait des répercussions sur leur emploi (figure 33)[1]. En outre, environ un fournisseur de soins sur dix croyait de façon presque constante ne pas avoir suffisamment de temps pour lui-même (données non présentées)[1].

Toutefois, près de la moitié des dispensateurs de soins croyaient presque toujours simplement redonner ce qu'ils avaient reçu et plus des trois quarts d'entre eux ne ressentaient que rarement ou jamais de la colère à l'idée de donner des soins informels[1]. En dépit du fardeau que subissent de nombreux fournisseurs de soins, moins de 5 p. 100 d'entre eux ont déclaré souhaiter presque toujours que quelqu'un d'autre se charge de leurs responsabilités. En fait, presque les deux tiers de tous les fournisseurs de soins croient presque toujours que la prestation de ces soins renforce leurs relations et, fait remarquable, c'est ce que croient près des trois quarts des hommes de 15 à 24 ans.

La façon dont la personne perçoit son « fardeau » peut différer de la perception générale qu'a le public du fardeau des dispositions de prestation de soins. Lorsqu'on a interrogé les fournisseurs de soins sur le degré de leur fardeau de soins, 56 p. 100 d'entre eux ont déclaré que cela ne constituait pas du tout un fardeau (figure 33), et seulement 4 p. 100 ont avoué qu'il s'agissait bien d'un fardeau[1,2]. Cette question n'a produit que peu de variation quant au sexe.

Parmi tous les fournisseurs de soins à qui l'on a demandé si des mesures incitatives leur permettraient de poursuivre leurs soins informels, quelque 15 p. 100 ont déclaré qu'une rétribution financière serait utile. Ce résultat indique qu'il existe un groupe de dispensateurs de soins pour qui les soins informels prodigués ont des répercussions économiques sur leurs familles[3]. Environ 15 p. 100 des fournisseurs de soins croient que des horaires de travail souples (pour ceux qui ont un emploi), une suppléance occasionnelle ou de l'information sur les maladies chroniques constitueraient également des mesures incitatives pour poursuivre leurs soins.

Cet aspect des soins informels ne comporte pas de données ou de tendances internationales.

Différences entre les groupes

Plus de deux fois plus de fournisseurs de soins féminins (27 p. 100) que masculins (12 p. 100) croient que la prestation de soins influe sur leur état de santé (tableau 33)[1]. De même, 31 p. 100 des femmes dispensatrices de soins constatent que leurs habitudes de sommeil sont modifiées, contre 26 p. 100 des hommes dispensateurs de soins.

Le groupe d'âge le plus important des fournisseurs de soins est celui des 35 à 44 ans. Ce groupe présente des effets supérieurs à la moyenne dans presque toutes les catégories : activités sociales, effets sur les projets de vacances, modification des habitudes de sommeil, dépenses additionnelles et santé affectée (tableau 33). Les 20 à 24 ans (57 p. 100) constituent le groupe d'âge dont les activités sociales sont les plus touchées, et le groupe le moins touché (34 p. 100) est celui des 65 à 74 ans. Les femmes de 35 à 44 ans sont deux fois plus susceptibles de voir leur santé affectée par le fait de dispenser des soins, comparativement aux hommes du même âge (36 et 18 p. 100, respectivement).

Malgré le fardeau des responsabilités familiales et professionnelles, avoir un conjoint et des enfants n'empêchait pas les hommes et les femmes d'accepter des responsabilités de dispensateurs de soins informels, pas plus d'ailleurs que leur activité principale (p. ex., employé, sans emploi, retraité ou travailleur bénévole)[2]. Il y avait très peu de différence dans le pourcentage des hommes et des femmes qui dispensaient des soins informels et qui avaient un conjoint et des enfants, un conjoint seulement, des enfants seulement ou qui étaient seuls.

Les répercussions des soins informels prodigués varient selon les provinces. Comparativement à la moyenne nationale de 21 p. 100, les résidents du Manitoba sont plus susceptibles (29 p. 100) de déclarer que leur santé a été affectée par les soins prodigués, et à l'autre extrême, ceux de la Nouvelle-Écosse sont les moins enclins (14 p. 100) à déclarer que leur santé est touchée (tableau 33)[1]. Ces derniers déclarent plus volontiers un effet sur leurs activités sociales que les résidents des autres provinces, mais sont les moins susceptibles d'indiquer des modifications de leurs habitudes de sommeil conséquemment à la prestation de soins. Les résidents du Québec sont les plus enclins à indiquer des dépenses additionnelles occasionnées par la prestation de soins, et ceux de l'Alberta déclarent plus souvent que les autres Canadiens qu'eux-mêmes ou la personne soignée ont déménagé pour se rapprocher les uns des autres.

Près des deux tiers des femmes et la moitié des hommes âgés de 25 à 44 ans, occupant un emploi, ont déclaré des répercussions de la prestation de soins sur leur emploi[1]. Bien que la moitié des Canadiens qui ont un emploi croient que la prestation de soins se répercute sur leur emploi, les résultats diffèrent d'une province à l'autre. Un minimum canadien de 40 p. 100 de Terre-Neuviens et d'Albertains ayant un emploi ressentent ces répercussions sur leur travail, tandis qu'à l'autre extrême, 58 p. 100 des travailleurs de l'Ontario constatent la même chose (voir la figure 33 où les provinces sont inscrites en ordre décroissant du niveau des répercussions sur l'emploi). Ainsi, même si 56 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens croient que dispenser des soins ne constitue pas du tout un fardeau, le résultat diffère selon les provinces, allant d'un minimum de 39 p. 100 au Manitoba jusqu'à un maximum de 79 p. 100 au Québec (figure 33).

Le groupe le plus important de personnes qui croient ne jamais avoir suffisamment de temps pour elles-mêmes se compose de 16 p. 100 des femmes de 25 à 44 ans[1]. Environ 15 p. 100 des dispensateurs de soins ont déclaré ressentir presque toujours du stress, et le groupe le plus important (21 p. 100) est les femmes de 25 à 44 ans. Il est intéressant de noter que 39 p. 100 des hommes fournisseurs de soins de 45 à 64 ans ont déclaré ne sentir que rarement ou jamais qu'ils redonnent ce qu'ils ont reçu, contre seulement 17 p. 100 des femmes du même âge aussi fournisseurs de soins. Il y a très peu de disparité dans la réponse à cette question parmi les autres groupes d'âge et de sexe.

Il y a très peu de différences entre les sexes ou les groupes d'âge dans la réponse à la question relative aux mesures incitatives qui pourraient permettre aux fournisseurs de soins de continuer à donner des soins informels. Toutefois, on constate certaines différences au niveau des régions en ce qui a trait aux opinions sur les mesures incitatives pour permettre aux fournisseurs de soins de poursuivre leur tâche. Bien que 15 p. 100 des Canadiens aient mentionné une rétribution financière, un fournisseur de soins sur trois des Maritimes croit à l'utilité de celle-ci, contre un sur dix au Québec, un sur sept en Ontario et environ un sur huit à l'ouest de l'Ontario[1]. En outre, il y a d'autres différences régionales en ce qui concerne le désir d'une suppléance occasionnelle : un peu plus

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

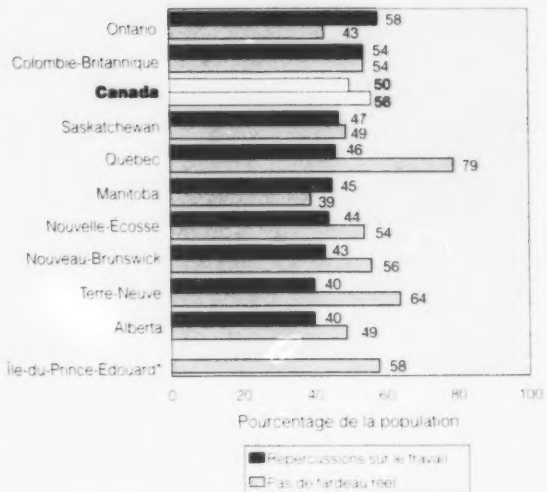
d'un fournisseur de soins sur quatre des Maritimes déclare qu'une suppléance occasionnelle serait utile, contre un peu moins d'un sur six au Québec, en Ontario et dans les Prairies. Qui plus est, bien que près de la moitié des fournisseurs de soins canadiens aient déclaré que des mesures incitatives additionnelles ne sont pas nécessaires, ce chiffre va d'un tiers des fournisseurs de soins de la Nouvelle-Écosse à deux tiers de ceux de la Colombie-Britannique[1].

Définitions et méthodes

L'information à ce sujet provient des fichiers de microdonnées à grande diffusion de *l'Enquête sociale générale de 1996* (cycle 11, ESG) sur le soutien social. L'ESG portait sur l'aide donnée ou reçue au cours de périodes difficiles temporaires ou en raison de problèmes de santé ou de limitations physiques à long terme[2]. Dans l'ESG de 1996, les "soins informels" étaient définis comme étant l'exécution de tâches par des membres de la famille et des amis, sans rémunération, qui aident à maintenir ou à améliorer l'autonomie des gens. L'enquête ne demandait pas combien de temps était consacré à ces soins. Environ 13 000 Canadiens de 15 ans et plus ont été interrogés entre février et décembre 1996, pour un taux de réponse de 85 p. 100.

"Les problèmes de santé" à long terme désignent tout état qui a duré, ou qui était prévu de durer, plus de six mois[3]. "L'aide" est définie comme étant de l'aide donnée à cause de problèmes de santé à long terme et comporte une ou plusieurs des activités suivantes : garde d'enfants, préparation des repas, nettoyage, entretien ménager, épicerie, transport, transactions bancaires ou paiement de factures ou soins personnels.

Figure 33 **Fardeau de la prestation des soins informels, selon la province, fournisseurs de soins de 15 ans ou plus, Canada, 1996**



* Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.
Source: Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, (1996)*, le 17 août 1997, microdonnées à grande diffusion.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, (1996)*, 19 août 1997, fichiers de microdonnées à grande diffusion, totalisations spéciales.
2. Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, n° de catalogue 11-008-XPF, n° 47, p. 2-6, hiver 1997, Statistique Canada.
3. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, (1996)*, *Le Quotidien*, 19 août 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.

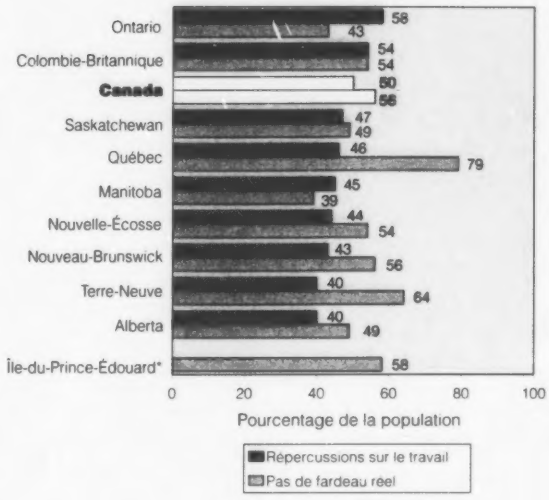
d'un fournisseur de soins sur quatre des Maritimes déclare qu'une suppléance occasionnelle serait utile, contre un peu moins d'un sur six au Québec, en Ontario et dans les Prairies. Qui plus est, bien que près de la moitié des fournisseurs de soins canadiens aient déclaré que des mesures incitatives additionnelles ne sont pas nécessaires, ce chiffre va d'un tiers des fournisseurs de soins de la Nouvelle-Écosse à deux tiers de ceux de la Colombie-Britannique[1].

Définitions et méthodes

L'information à ce sujet provient des fichiers de microdonnées à grande diffusion de *l'Enquête sociale générale de 1996* (cycle 11, ESG) sur le soutien social. L'ESG portait sur l'aide donnée ou reçue au cours de périodes difficiles temporaires ou en raison de problèmes de santé ou de limitations physiques à long terme[3]. Dans l'ESG de 1996, les "soins informels" étaient définis comme étant l'exécution de tâches par des membres de la famille et des amis, sans rémunération, qui aident à maintenir ou à améliorer l'autonomie des gens. L'enquête ne demandait pas combien de temps était consacré à ces soins. Environ 13 000 Canadiens de 15 ans et plus ont été interrogés entre février et décembre 1996, pour un taux de réponse de 85 p. 100.

"Les problèmes de santé" à long terme désignent tout état qui a duré, ou qui était prévu de durer, plus de six mois[3]. "L'aide" est définie comme étant de l'aide donnée à cause de problèmes de santé à long terme et comporte une ou plusieurs des activités suivantes : garde d'enfants, préparation des repas, nettoyage, entretien ménager, épicerie, transport, transactions bancaires ou paiement de factures ou soins personnels.

Figure 33 **Fardeau de la prestation des soins informels, selon la province, fournisseurs de soins de 15 ans ou plus, Canada, 1996**



* Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.
Source: Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, (1996)*, le 17 août 1997, microdonnées à grande diffusion.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, (1996)*, 19 août 1997, fichiers de microdonnées à grande diffusion, totalisations spéciales.
2. Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, n° de catalogue 11-008-XPF, n° 47, p. 2-6, hiver 1997, Statistique Canada.
3. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, (1996)*, *Le Quotidien*, 19 août 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.

Tableau 33 **Répercussions de la prestation des soins informels, selon l'âge, le sexe et la province, fournisseurs de soins de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estimé de population	Activités sociales	Vacances	Emménage avec la personne	Emménage près de la personne	Sommeil affecté ou trouble	Dépenses additionnelles	Santé affectée
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**2 763**	**45**	**25**	**6**	**12**	**29**	**44**	**21**
Hommes	1 137	44	25	5	9	26	46	12
Femmes	1 626	47	26	7	15	31	42	27
Total, 15 à 19 ans	126	39	#	#	#	#	#	#
Hommes	66	#	#	#	#	#	#	#
Femmes	59	#	#	#	#	#	#	#
Total, 20 à 24 ans	188	57	#	#	#	30	32	#
Hommes	87	63	#	#	#	#	#	#
Femmes	101	51	#	#	#	#	#	#
Total, 25 à 34 ans	487	42	26	#	17	30	40	18
Hommes	218	38	20	#	#	#	#	#
Femmes	269	46	31	#	18	37	38	23
Total, 35 à 44 ans	715	53	31	7	11	38	54	29
Hommes	293	53	32	#	#	34	55	18
Femmes	422	52	29	#	12	40	54	36
Total, 45 à 54 ans	619	47	29	7	11	26	50	24
Hommes	236	45	27	#	#	23	50	#
Femmes	383	47	29	#	13	29	50	32
Total, 55 à 64 ans	331	41	21	#	#	21	39	20
Hommes	110	34	#	#	#	#	53	#
Femmes	222	45	23	#	#	25	33	25
Total, 65 à 74 ans	214	34	21	#	#	27	42	18
Hommes	91	#	#	#	#	#	44	#
Femmes	123	38	#	#	#	28	41	#
Total, 75 ans ou +	83	#	#	#	#	#	#	#
Hommes	37	#	#	#	#	#	#	#
Femmes	46	#	#	#	#	#	#	#
Terre-Neuve	88	45	29	#	#	27	43	22
Île-du-Prince-Édouard	27	31	#	#	#	40	#	#
Nouvelle-Écosse	165	53	26	#	19	21	46	14
Nouveau-Brunswick	84	48	24	#	#	29	36	19
Québec	722	38	28	9	7	31	51	21
Ontario	894	51	27	#	14	28	41	19
Manitoba	111	47	31	#	15	29	46	29
Saskatchewan	100	35	27	#	#	31	38	19
Alberta	233	41	18	#	24	30	36	22
Colombie-Britannique	356	48	20	#	11	28	42	23

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête sociale générale, cycle 11, 1996*, microdonnées à grande diffusion, totalisations spéciales.

34

Recours aux services de soins à domicile

Introduction

À mesure que la population vieillit (sujet 1) et que l'on réorganise les services de soins de santé, il sera de plus en plus nécessaire de prendre des dispositions qui permettront aux personnes dont la santé est défaillante de retarder le moment où elles seront placées en établissement. La prestation de soins informels (sujet 32) est l'une de ces mesures, mais elle risque d'entraîner un fardeau supplémentaire pour les dispensateurs de soins (sujet 33). Dans ce contexte, les services de soins à domicile deviennent de plus en plus importants à titre de moyen efficace pour conserver la santé et réduire les coûts (sujet 29).

Le présent chapitre porte sur le recours aux services de soins à domicile par les personnes âgées de 18 ans ou plus, au cours des 12 mois précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*.

Recours aux services de soins à domicile, 1996-1997

Sur plus de 22 millions de Canadiennes et de Canadiens âgés de 18 ans ou plus, environ 450 000 personnes (2 p. 100) ont eu recours aux services rémunérés de soins à domicile en 1996-1997 (tableau 34)[1]. Cela se compare aux 2,4 p. 100 de la population canadienne qui ont eu recours à ces services en 1994-1995[2].

Le type de service le plus couramment utilisé était les soins infirmiers (46 p. 100), suivi des travaux ménagers (42 p. 100) (tableau 34)[1]. Les services de relève, les soins personnels, la préparation des repas et les achats étaient tous des services auxquels on avait plus rarement recours à domicile. Une comparaison avec 1994-1995 révèle que malgré une diminution du nombre de personnes qui ont recours aux services à domicile, le type de services de soins à domicile le plus en demande change. Par exemple, même si le recours aux services de travaux ménagers a chuté de 16 p. 100 durant cette période, le recours aux services de soins personnels et de préparation des repas a doublé (figure 34)[1,3].

Différences entre les groupes

Il n'est pas étonnant que le recours aux services de soins à domicile soit très faible chez les personnes de moins de 65 ans (tableau 34), mais ce type de soins est important pour les personnes âgées, étant donné que 17 p. 100 des Canadiens âgés de 75 ans ou plus y ont fait appel. Le taux d'utilisation est légèrement plus élevé pour les femmes que pour les hommes de cet âge (20 et 13 p. 100, respectivement)[1]. Une analyse des données de 1994-1995 révèle que même si les deux tiers des bénéficiaires de soins à domicile sont des femmes, les probabilités ajustées de recevoir des soins à domicile ne sont pas plus élevées pour les femmes que pour les hommes[2]. Cela reflète l'association entre le fait d'être femme et les facteurs qui sont plus fortement liés au fait de recevoir des soins à domicile, comme l'atteinte d'un âge avancé, les états chroniques et le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne[2].

Les services qui semblent être de plus en plus utilisés en fonction du vieillissement sont les soins personnels, les travaux ménagers et la préparation des repas, tandis que les soins infirmiers sont relativement importants parmi les groupes d'âge plus jeunes (tableau 34).

Dans l'ensemble, le niveau d'instruction n'a pas d'incidence sur le taux d'utilisation, mais il influe sur le type de soins : à quelques exceptions près, le recours aux soins infirmiers diminue à chaque niveau d'instruction successif, tandis que le recours aux soins personnels et à la préparation des repas augmente (tableau 34).

L'utilisation des soins et services à domicile diminue à mesure qu'augmente le niveau de revenu (données non présentées)[1]. La préparation des repas est de loin le type de service le plus populaire auprès du groupe au revenu inférieur (26 p. 100 pour le groupe au revenu inférieur, contre 10 p. 100 pour le groupe au revenu supérieur). Pour tous les autres services, les différences au sein des groupes de revenu sont moins évidentes. En 1994-1995, les probabilités de recevoir des soins à domicile étaient 1,6 fois aussi élevées chez les personnes des deux groupes au revenu inférieur que chez celles des trois groupes au revenu plus élevé, après la prise en compte d'un certain nombre de facteurs[2].

Il y a peu de variation d'une province à l'autre pour ce qui est du recours aux soins à domicile, là où les données n'ont pas été supprimées en raison de la taille restreinte des échantillons. Les résidents du Manitoba ont fait appel à une variété de ces services, et ceux de la Colombie-Britannique ont eu recours plus que la moyenne aux services de travaux ménagers, tandis qu'en Ontario, c'est le recours aux services de soins infirmiers qui est inscrit au-dessus de la moyenne (tableau 34).

L'analyse des données de 1994-1995 révèle que même après vérification des facteurs qui peuvent expliquer le besoin de soins à domicile, les personnes atteintes de cancer ou qui subissent les effets d'un accident cérébrovasculaire sont deux fois plus susceptibles de recevoir des soins à domicile que les personnes qui y échappent. Il se peut que ces états comportent des besoins particuliers, peut-être un traitement de réadaptation ou des soins palliatifs, dont ne tiennent pas compte les autres caractéristiques reliées à la santé qui ont été prises en considération[2].

Définitions et méthodes

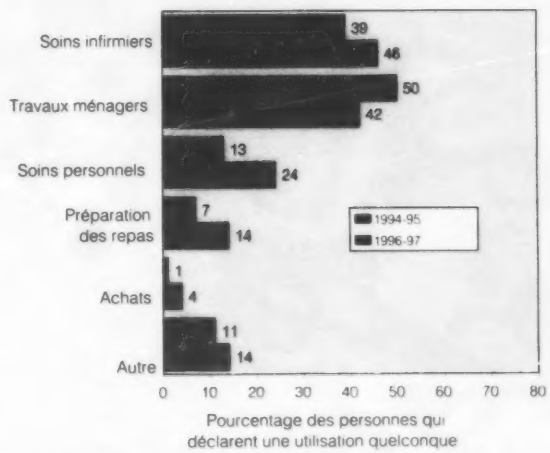
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon de 68 000 répondants âgés de 18 ans ou plus[4].

Pour les besoins de l'entrevue, les soins à domicile étaient définis comme étant des soins de santé ou des services d'aide familiale reçus à domicile et dont la totalité ou une partie des coûts était à la charge du gouvernement. On donnait des exemples, mais la question portant sur le type de soins reçus était ouverte, et les types de soins décrits par les répondants n'étaient que grossièrement semblables à ceux des exemples.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Wilkins, K. et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, été 1998, vol. 10, n° 1, p. 29-37, n° de catalogue 82-003-XPB.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 34 **Recours aux services de soins à domicile, population de 18 ans ou plus, Canada, 1994–95 et 1996–97**



Sources: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

L'utilisation des soins et services à domicile diminue à mesure qu'augmente le niveau de revenu (données non présentées)[1]. La préparation des repas est de loin le type de service le plus populaire auprès du groupe au revenu inférieur (26 p. 100 pour le groupe au revenu inférieur, contre 10 p. 100 pour le groupe au revenu supérieur). Pour tous les autres services, les différences au sein des groupes de revenu sont moins évidentes. En 1994-1995, les probabilités de recevoir des soins à domicile étaient 1,6 fois aussi élevées chez les personnes des deux groupes au revenu inférieur que chez celles des trois groupes au revenu plus élevé, après la prise en compte d'un certain nombre de facteurs[2].

Il y a peu de variation d'une province à l'autre pour ce qui est du recours aux soins à domicile, là où les données n'ont pas été supprimées en raison de la taille restreinte des échantillons. Les résidents du Manitoba ont fait appel à une variété de ces services, et ceux de la Colombie-Britannique ont eu recours plus que la moyenne aux services de travaux ménagers, tandis qu'en Ontario, c'est le recours aux services de soins infirmiers qui est inscrit au-dessus de la moyenne (tableau 34).

L'analyse des données de 1994-1995 révèle que même après vérification des facteurs qui peuvent expliquer le besoin de soins à domicile, les personnes atteintes de cancer ou qui subissent les effets d'un accident cérébrovasculaire sont deux fois plus susceptibles de recevoir des soins à domicile que les personnes qui y échappent. Il se peut que ces états comportent des besoins particuliers, peut-être un traitement de réadaptation ou des soins palliatifs, dont ne tiennent pas compte les autres caractéristiques reliées à la santé qui ont été prises en considération[2].

Définitions et méthodes

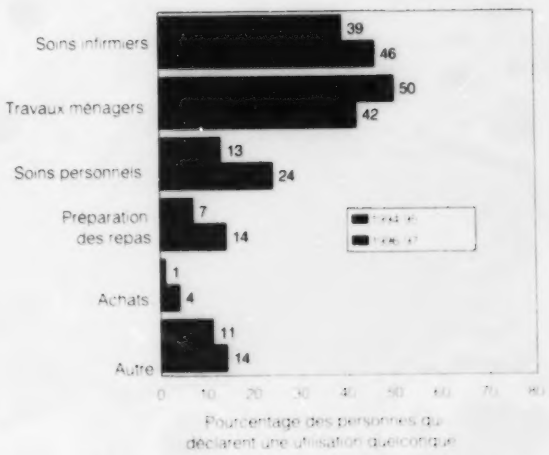
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon de 68 000 répondants âgés de 18 ans ou plus[4].

Pour les besoins de l'entrevue, les soins à domicile étaient définis comme étant des soins de santé ou des services d'aide familiale reçus à domicile et dont la totalité ou une partie des coûts était à la charge du gouvernement. On donnait des exemples, mais la question portant sur le type de soins reçus était ouverte, et les types de soins décrits par les répondants n'étaient que grossièrement semblables à ceux des exemples.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Wilkins, K. et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, été 1998, vol. 10, n° 1, p. 29-37, n° de catalogue 82-003-XPB.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 34 **Recours aux services de soins à domicile, population de 18 ans ou plus, Canada, 1994–95 et 1996–97**



Sources: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales

Tableau 34 **Recours aux services de soins à domicile au cours des douze derniers mois, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 18 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Toute utilisation	Type de service utilisé[1]						
			Soins infirmiers	Soins personnels	Travaux domestiques	Préparation des repas	Achats	Service de relève	Autre
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 18 ans ou +	**22 156**	**2**	**46**	**24**	**42**	**14**	**4**	**5**	**14**
Hommes	10 834	2	55	21	32	16	4	6	16
Femmes	11 322	3	42	26	47	14	4	5	12
Total, 18 à 19 ans	825	#	#	#	#	0	0	#	#
Hommes	403	#	#	0	#	0	0	0	#
Femmes	423	#	#	#	#	0	0	#	#
Total, 20 à 24 ans	1 873	1	74	#	#	#	#	#	#
Hommes	948	#	#	#	0	0	0	0	#
Femmes	924	1	#	#	#	#	#	#	#
Total 25 à 34 ans	4 471	1	64	#	#	#	#	#	#
Hommes	2 208	0	#	#	#	#	#	#	#
Femmes	2 263	1	66	#	#	#	#	#	#
Total, 35 à 44 ans	5 236	1	60	#	22	#	#	#	#
Hommes	2 644	1	47	#	#	#	#	#	#
Femmes	2 592	2	67	#	22	#	#	#	#
Total, 45 à 54 ans	3 770	1	58	#	29	#	#	#	#
Hommes	1 922	1	79	#	#	#	0	#	#
Femmes	1 849	1	41	#	#	#	#	#	#
Total, 55 à 64 ans	2 565	2	40	18	41	9	#	#	11
Hommes	1 231	1	62	#	#	#	#	#	#
Femmes	1 334	2	28	23	49	#	#	#	#
Total, 65 à 74 ans	2 096	5	45	26	49	14	#	#	11
Hommes	930	4	56	28	36	#	#	#	#
Femmes	1 166	6	40	26	56	12	#	#	9
Total, 75 ans et +	1 320	17	37	34	54	18	6	#	13
Hommes	549	13	49	29	43	19	#	#	16
Femmes	771	20	32	37	59	18	5	#	11
Inférieur au secondaire	5 195	3	46	23	44	14	4	7	10
Secondaire	9 210	2	48	20	43	11	4	6	11
Collégial	4 134	2	38	25	37	17	3	2	26
Universitaire	3 461	2	40	34	47	20	6	9	15
Terre-Neuve	416	#	#	#	#	#	0	#	0
Île-du-Prince-Édouard	101	#	#	#	#	#	#	#	#
Nouvelle-Écosse	701	3	#	#	#	#	#	#	0
Nouveau-Brunswick	562	2	#	#	#	#	#	#	#
Québec	5 538	2	#	#	#	#	#	#	#
Ontario	8 423	3	53	25	39	14	5	3	16
Manitoba	809	3	39	47	49	27	#	#	#
Saskatchewan	709	3	#	#	#	#	0	0	#
Alberta	1 993	2	44	21	30	11	#	#	22
Colombie-Britannique	2 905	3	#	#	63	#	#	#	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage

[1] Comme proportion de ceux qui déclarent une utilisation quelconque

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales

35

Recours aux soins de santé parallèles

Introduction

Au cours des dernières années, le recours aux soins de santé parallèles est apparemment devenu beaucoup plus accepté par le public et, en conséquence peut-être, plus controversé par les autorités médicales.

L'*Enquête nationale sur la santé de la population* 1994-1995 a été la première enquête importante à se pencher sur la mesure dans laquelle les Canadiennes et les Canadiens utilisaient les soins de santé parallèles et sur les formes les plus courantes de ce type de soins. L'enquête de 1996-1997 posait les mêmes questions. Le présent chapitre décrit également le recours aux groupes d'entraide.

Fréquence du recours aux soins de santé parallèles, 1996-1997

En 1996-1997, 7 p. 100 des Canadiens âgés de 12 ans ou plus, soit quelque 1,7 million de personnes, avaient eu recours à une forme quelconque de soins parallèles au cours des 12 mois précédents[1]. Cela se compare aux 5 p. 100 de la population canadienne en 1994-1995[2]. Le type le plus courant de soins parallèles utilisé était la massothérapie (3 p. 100)[1]. Un pour cent des Canadiens avait consulté un naturopathe ou un homéopathe, et un autre 1 p. 100 avait vu un acupuncteur (tableau 35)[1]. En revanche, parmi tous les types de soins parallèles utilisés, les herboristes, les réflexothérapeutes et les guérisseurs spirituels étaient rarement consultés (figure 35)[1].

À un moment ou l'autre des douze mois qui ont précédé l'enquête, 2 p. 100 des Canadiens de 12 ans et plus ont assisté à une réunion d'un groupe d'entraide comme les Alcooliques Anonymes ou un groupe de soutien pour le cancer[1].

Il n'y a pas de données internationales comparables permettant d'interpréter la situation canadienne actuelle.

Différences entre les groupes

Les femmes sont une fois et demie plus susceptibles que les hommes d'avoir eu recours aux soins parallèles au cours des 12 mois précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (8 p. 100 contre 5 p. 100) (tableau 35). Il semble y avoir peu de différence quant au type de soin recherché, même si les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir consulté un massothérapeute (4 p. 100 contre 2 p. 100).

En raison des faibles proportions de répondants ayant déclaré avoir eu recours à des soins parallèles, il est difficile d'établir un lien fiable entre l'âge et l'utilisation de ce type de soins ; cependant, il semble que les Canadiens de 35 à 44 ans soient les plus susceptibles d'y avoir eu recours (9 p. 100), suivis des 25 à 34 ans (8 p. 100). Environ 11 p. 100 des femmes de 25 à 44 ans recourent aux soins de santé parallèles, ce qui représente le groupe isolé le plus important d'utilisateurs des soins de santé parallèles (tableau 35).

Le recours aux soins parallèles augmente en fonction du niveau d'instruction. Seulement 3 p. 100 des Canadiens dont le niveau d'instruction est inférieur au secondaire ont utilisé des soins parallèles, comparativement à 9 p. 100 des diplômés universitaires (tableau 35).

Il semble également que les services des acupuncteurs soient populaires auprès des diplômés collégiaux, à 3 p. 100, contre seulement 1 p. 100 pour la population générale. Par contraste, on ne retrouve aucune relation systématique entre le revenu et l'usage de soins à domicile (données non présentées).

Il existe des variations interprovinciales importantes quant à l'utilisation des soins parallèles, les proportions allant d'un plancher de 3 p. 100 au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse à un plafond de 11 p. 100 pour la Colombie-Britannique (tableau 35). Les habitants de la Saskatchewan sont les utilisateurs les plus fréquents de la massothérapie, à 7 p. 100, comparativement à la moyenne nationale de 3

p. 100. Les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sont aussi plus enclins à consulter les massothérapeutes.

Il n'y a pas de différence réelle entre les sexes ou entre les différents niveaux d'instruction des groupes qui recourent aux groupes d'entraide. Deux pour cent des diplômés universitaires et des Canadiens n'ayant pas terminé d'études secondaires fréquentent ces groupes, comparativement à 3 p. 100 des Canadiens ayant terminé des études secondaires ou collégiales[1]. Cependant, 5 p. 100 des parents chefs de famille monoparentale fréquentent un groupe d'entraide, contre 4 p. 100 des personnes vivant dans un couple sans enfant, 3 p. 100 des personnes seules et seulement 2 p. 100 des personnes vivant dans un couple ayant des enfants (données non présentées).

Définitions et méthodes

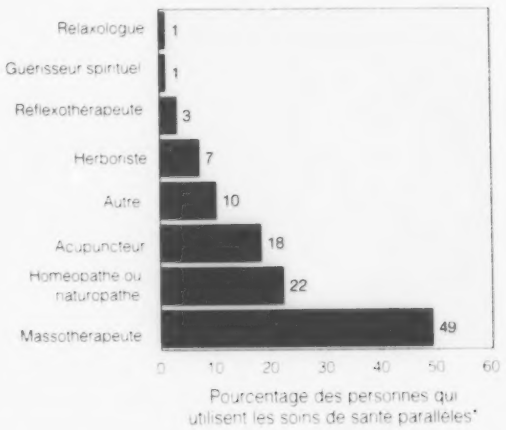
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[1].

Les questions sur les soins parallèles étaient fermées, et les réponses multiples étaient possibles.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 35 **Recours aux soins de santé parallèles, selon le type, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Le total excède 100 % en raison des réponses multiples.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

p. 100. Les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sont aussi plus enclins à consulter les massothérapeutes.

Il n'y a pas de différence réelle entre les sexes ou entre les différents niveaux d'instruction des groupes qui recourent aux groupes d'entraide. Deux pour cent des diplômés universitaires et des Canadiens n'ayant pas terminé d'études secondaires fréquentent ces groupes, comparativement à 3 p. 100 des Canadiens ayant terminé des études secondaires ou collégiales[1]. Cependant, 5 p. 100 des parents chefs de famille monoparentale fréquentent un groupe d'entraide, contre 4 p. 100 des personnes vivant dans un couple sans enfant, 3 p. 100 des personnes seules et seulement 2 p. 100 des personnes vivant dans un couple ayant des enfants (données non présentées).

Définitions et méthodes

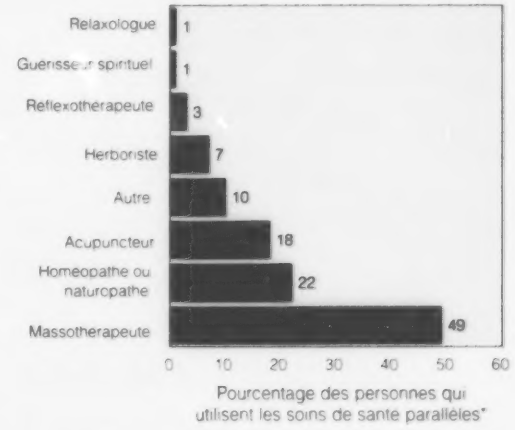
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[3].

Les questions sur les soins parallèles étaient fermées, et les réponses multiples étaient possibles.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 35 **Recours aux soins de santé parallèles, selon le type, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Le total excède 100 % en raison des réponses multiples.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 35 **Recours aux soins de santé parallèles, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Recours à un type de service quelconque	Masso-thérapeute	Homéopathe ou naturopathe	Acupuncteur
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**7**	**3**	**1**	**1**
Hommes	12 099	5	2	1	1
Femmes	12 495	8	4	2	1
Total, 12 à 14 ans	1 151	2	#	#	#
Hommes	580	#	#	#	0
Femmes	571	#	#	#	#
Total, 15 à 19 ans	1 284	3	2	1	#
Hommes	683	#	#	#	#
Femmes	601	6	3	#	#
Total, 20 à 24 ans	1 873	5	3	1	#
Hommes	948	4	3	#	#
Femmes	924	6	4	#	#
Total, 25 à 34 ans	4 472	8	5	2	1
Hommes	2 209	6	3	1	1
Femmes	2 263	11	6	2	1
Total, 35 à 44 ans	5 238	9	4	2	1
Hommes	2 645	7	3	1	1
Femmes	2 593	11	6	2	1
Total, 45 à 54 ans	3 771	7	4	2	1
Hommes	1 922	5	2	1	1
Femmes	1 849	10	5	2	1
Total, 55 à 64 ans	2 565	7	3	1	1
Hommes	1 231	3	1	#	1
Femmes	1 334	10	4	1	2
Total, 65 à 74 ans	2 096	4	1	0	2
Hommes	930	2	1	#	#
Femmes	1 166	5	1	1	2
Total, 75 ans et +	1 320	4	1	#	1
Hommes	549	4	#	#	#
Femmes	771	5	1	#	#
Inférieur au secondaire	7 526	3	1	1	1
Secondaire	9 307	6	3	1	1
Collégial	4 134	8	4	1	3
Universitaire	3 461	9	4	2	1
Terre-Neuve	478	#	#	#	#
Île-du-Prince-Édouard	113	#	#	#	#
Nouvelle-Écosse	775	3	#	#	#
Nouveau-Brunswick	632	3	#	#	#
Québec	6 131	7	2	2	1
Ontario	9 323	5	2	1	1
Manitoba	902	6	3	0	1
Saskatchewan	801	8	7	#	#
Alberta	2 244	8	5	1	1
Colombie-Britannique	3 196	11	6	#	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Connaissances et attitudes

L'éducation en matière de santé est depuis longtemps la principale stratégie de promotion de la santé, parce que les choix de modes de vie sains seront ceux d'adultes raisonnables qui sont au fait des conséquences de leurs actions sur leur santé. Cette vue comporte une foule d'écueils, notamment le fait que des considérations à court terme comme le plaisir peuvent entraver les gains à long terme en matière de longévité. Plus subtilement, comme le souligne le Cadre de promotion de la santé, le processus consistant à « choisir » un comportement (comme ne pas fumer) peut être compliqué par des influences biologiques comme la dépendance (sujet 41), des influences sociales comme le modèle que constituent les autres fumeurs de la maison (sujet 13) et des influences légales comme l'interdiction

(ou l'absence d'interdiction) de fumer dans les endroits publics (sujet 12). Des complications semblables sont soulevées par d'autres comportements comme le maintien d'une alimentation saine (sujet 47) devant des choix d'aliments malsains, l'allaitement maternel (sujet 48) en dépit de la désapprobation du public ou l'exercice (sujet 46) en l'absence d'installations accessibles ou abordables.

Malgré ces complications, les connaissances en matière de santé semblent être un attribut souhaitable pour la population. Bien qu'elles suffisent difficilement à *garantir* un comportement sain, les connaissances en matière de santé sont probablement la prémisse essentielle des choix de santé personnels ; elles contribuent également à accroître l'appui accordé aux mesures législatives et réglementaires comme les lois sur le port de la ceinture de sécurité et la répression de la conduite avec facultés affaiblies.

Aperçu

La population canadienne semble bien au courant, lorsqu'on les lui suggère, des dangers pour la santé du tabagisme, tant pour le fumeur (sujet 36) que le non-fumeur (sujet 37). Cependant, depuis 1994, le scepticisme à l'égard du dommage causé par la fumée de tabac ambiante a augmenté presque du double. Pour ces deux sujets, les connaissances sont directement reliées au niveau d'instruction. Bien que cela n'ait rien d'étonnant, il importe de noter que, du moins dans l'ensemble, l'usage du tabac est plus répandu chez les groupes moins instruits (sujet 40).

Les connaissances en matière de nutrition, plus particulièrement du vocabulaire de la nutrition, sont généralement faibles et ont quelque peu diminué ces dernières années (sujet 38). Bien que la nutrition soit un sujet complexe et répandu, et que sa compréhension détaillée ne soit peut-être pas réaliste, les connaissances en la matière peuvent avoir souffert ces dernières années des controverses scientifiques très médiatisées à propos des dommages causés par divers nutriments comme les matières grasses alimentaires.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Il s'agit de la partie la plus courte du présent *Rapport*, une indication nette du fait que les connaissances en matière de santé sont rarement évaluées, en dépit de leur prétendue importance. En effet, deux sujets reliés qui apparaissaient dans la dernière version du *Rapport* ont été omis ici faute de nouvelles données : les connaissances sur la prévention des MTS et sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Les données de la population sur les connaissances en matière de santé constituent ainsi l'un des domaines les plus faibles du Cadre de la santé de la population.

Si l'éducation en matière de santé doit demeurer l'une des stratégies clés de la promotion de la santé, il est fondamental d'évaluer les connaissances plus régulièrement.

36

Connaissance des effets de l'usage du tabac sur la santé

Introduction

L'usage du tabac constitue une cause de décès importante (sujet 79) et évitable (sujet 12). Bien que la dépendance à la nicotine (sujet 41) puisse rendre la tâche de cesser de fumer très difficile, la connaissance des conséquences néfastes du tabagisme est probablement une composante essentielle, quoiqu'insuffisante, des programmes fructueux de prévention et d'abandon du tabagisme.

Peu d'enquêtes ont été menées à l'échelle nationale pour déterminer les connaissances des Canadiennes et des Canadiens au chapitre des répercussions du tabagisme sur la santé. Les résultats de la dernière enquête du genre sont analysés au présent chapitre, et un accent particulier est mis sur les effets directs, soit les effets sur la santé des fumeurs.

Connaissance des effets de l'usage du tabac sur la santé, 1996-1997

En 1996-1997, seulement 4 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus estimaient que l'usage du tabac ne présentait aucun risque pour la santé des fumeurs (tableau 36)[1]. Plus de 22 millions de personnes croyaient à l'existence de certains risques. Cela diffère peu de 1994, où 2 p. 100 des Canadiens de 15 ans ou plus estimaient que l'usage du tabac ne présentait aucun risque pour la santé des fumeurs[2].

Lorsqu'on leur demande, les Canadiens sont très portés à reconnaître divers problèmes de santé particuliers reliés à l'usage du tabac (tableau 36)[1]. Presque tous ont reconnu que le cancer du poumon (97 p. 100), la bronchite, l'emphysème et l'asthme (95 p. 100), les maladies cardiaques (94 p. 100) et les accidents cérébrovasculaires (85 p. 100) étaient liés au tabagisme[1]. Cela semble supérieur aux données de 1994, où seulement 83 p. 100 des Canadiens à qui on le suggérait estimaient qu'il y avait un lien entre le tabagisme et le cancer du poumon, et moins des deux tiers croyaient que l'asthme, l'emphysème ou la bronchite étaient liés à l'usage du tabac[2]. La connaissance de l'association entre le tabagisme et l'accident cérébrovasculaire peut être jugée faible, étant donné que l'usage du tabac est un des trois risques principaux d'accident cérébrovasculaire (voir sujet 74).

Faute de données internationales, on ne peut comparer la situation canadienne actuelle à celle d'autres pays.

Différences entre les groupes

Il existe peu de différence entre les sexes sur le plan de la connaissance suggérée des effets de l'usage du tabac sur la santé, et une variation minime en fonction de l'âge. La proportion de ceux qui ne voient pas de danger pour la santé augmente avec l'âge (tableau 36).

Comme il fallait s'y attendre, il y a un lien direct entre le niveau d'instruction et la connaissance suggérée de risques précis pour la santé associés à l'usage du tabac. Environ 6 p. 100 des Canadiens n'ayant pas terminé leurs études secondaires ne croient pas que l'usage du tabac peut causer des problèmes à un fumeur, comparativement à 2 p. 100 de diplômés universitaires canadiens (tableau 36)[1]. Toutefois, les personnes moins instruites sont un peu plus susceptibles que les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur au secondaire de voir un lien entre le cancer du poumon, les troubles respiratoires, les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires, et l'usage du tabac.

Les Québécois sont les plus susceptibles (6 p. 100) d'affirmer que la cigarette ne cause pas directement de problèmes de santé, tandis que les habitants du Manitoba et de la Colombie-Britannique sont les moins susceptibles (2 p. 100) de le dire

(tableau 36)[1]. Les gens du Québec et de la Nouvelle-Écosse sont moins conscients que la moyenne du lien entre le cancer du poumon et l'usage du tabac, et ceux de la Saskatchewan et du Québec sont moins enclins à reconnaître le rôle du tabagisme dans les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires. C'est en Nouvelle-Écosse que les gens sont les moins susceptibles (93 p. 100) de voir un lien entre les troubles respiratoires et l'usage du tabac. Ces résultats correspondent aux taux élevés de dépendance à la nicotine qu'on trouve chez les fumeurs du Québec et de la Nouvelle-Écosse (sujet 41) et posent un défi aux éducateurs en matière de santé.

Les Canadiens ont tendance à reconnaître les effets sur la santé communs aux fumeurs et aux non-fumeurs à peu près dans le même ordre, mais les problèmes des fumeurs sont plus susceptibles d'être reconnus que ceux des non-fumeurs (figure 36[1], voir aussi le sujet 37).

Définitions et méthodes

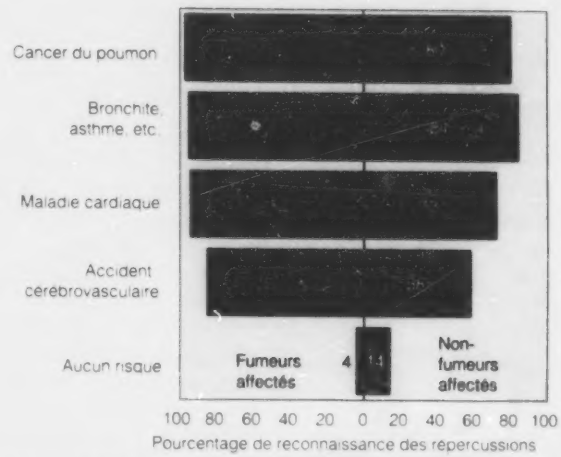
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[1].

Les questions sur les effets particuliers de l'usage du tabac sur les fumeurs suggéraient des réponses avec lesquelles les sujets étaient d'accord ou en désaccord. Une réponse « Sans opinion » était aussi possible. Environ 2 p. 100 de la population générale était sans opinion sur la question du cancer du poumon, 3 p. 100, sur la question des troubles respiratoires, 4 p. 100, sur les maladies cardiaques et 10 p. 100 n'avait pas d'opinion sur le lien entre l'accident cérébrovasculaire et l'usage du tabac[1]. En général, les personnes âgées étaient plus susceptibles de ne pas exprimer d'opinion sur les questions présentées. L'*Enquête sur le tabagisme au Canada* (1994) a été menée par Statistique Canada en 1994 pour Santé Canada, et contenait des questions avec réponses suggérées et non suggérées. Ces dernières n'ont pas été mises à jour en 1996-1997.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3*, 1994, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 36 **Connaissance suggérée des répercussions du tabagisme sur la santé, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

(tableau 36). Les gens du Québec et de la Nouvelle-Écosse sont moins conscients que la moyenne du lien entre le cancer du poumon et l'usage du tabac, et ceux de la Saskatchewan et du Québec sont moins enclins à reconnaître le rôle du tabagisme dans les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires. C'est en Nouvelle-Écosse que les gens sont les moins susceptibles (95 p. 100) de voir un lien entre les troubles respiratoires et l'usage du tabac. Ces résultats correspondent aux taux élevés de dépendance à la nicotine qu'on trouve chez les fumeurs du Québec et de la Nouvelle-Écosse (sujet 41) et posent un défi aux éducateurs en matière de santé.

Les Canadiens ont tendance à reconnaître les effets sur la santé communs aux fumeurs et aux non-fumeurs à peu près dans le même ordre, mais les problèmes des fumeurs sont plus susceptibles d'être reconnus que ceux des non-fumeurs (figure 36; voir aussi le sujet 37).

Définitions et méthodes

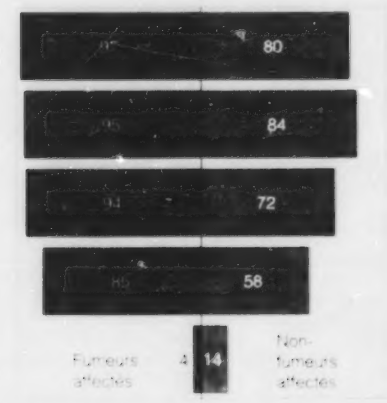
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus.

Les questions sur les effets particuliers de l'usage du tabac sur les fumeurs suggéraient des réponses avec lesquelles les sujets étaient d'accord ou en désaccord. Une réponse « Sans opinion » était aussi possible. Environ 2 p. 100 de la population générale était sans opinion sur la question du cancer du poumon, 3 p. 100, sur la question des troubles respiratoires, 4 p. 100, sur les maladies cardiaques et 10 p. 100 n'avait pas d'opinion sur le lien entre l'accident cérébrovasculaire et l'usage du tabac. En général, les personnes âgées étaient plus susceptibles de ne pas exprimer d'opinion sur les questions présentées. L'*Enquête sur le tabagisme au Canada* (1994) a été menée par Statistique Canada en 1994 pour Santé Canada, et contenait des questions avec réponses suggérées et non suggérées. Ces dernières n'ont pas été mises à jour en 1996-1997.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3*, 1994, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Connaissance suggérée des répercussions du tabagisme sur la santé, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996-1997



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, totalisations spéciales.

Tableau 36 **Connaissance (suggérée) des répercussions de l'usage du tabac sur la santé des fumeurs, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Aucun risque pour le fumeur	Cancer du poumon	Maladie cardiaque	Accident cérébrovasculaire	Troubles respiratoires
	(en milliers)	(%)	(%)[a]	(%)[a]	(%)[a]	(%)[a]
Total, 12 ans ou +	**22 893**	**4**	**97**	**94**	**85**	**95**
Hommes	11 173	4	97	94	86	94
Femmes	11 720	4	96	93	85	96
Total, 12 à 14 ans	1 024	#	99	95	85	93
Hommes	502	#	99	95	85	91
Femmes	522	#	99	95	86	96
Total, 15 à 17 ans	1 214	#	99	94	83	95
Hommes	634	#	99	93	82	93
Femmes	579	#	100	94	85	96
Total, 18 à 19 ans	789	#	98	95	86	95
Hommes	380	#	99	97	90	95
Femmes	408	#	97	93	82	96
Total, 20 à 24 ans	1 782	2	98	96	84	95
Hommes	886	3	99	97	85	94
Femmes	896	2	97	94	84	96
Total, 25 à 34 ans	4 239	3	98	95	87	96
Hommes	2 086	3	99	96	88	96
Femmes	2 171	2	98	94	86	97
Total, 35 à 44 ans	5 002	4	97	94	87	95
Hommes	2 533	4	96	94	87	95
Femmes	2 470	4	97	94	86	96
Total, 45 à 54 ans	3 547	3	96	94	87	95
Hommes	1 792	3	96	94	87	94
Femmes	1 755	4	96	94	87	96
Total, 55 à 64 ans	2 345	4	96	93	86	95
Hommes	1 101	5	96	93	87	94
Femmes	1 244	4	95	92	84	95
Total, 65 à 74 ans	1 865	6	94	90	82	93
Hommes	832	5	96	92	83	92
Femmes	1 033	8	93	88	81	93
Total, 75 ans et +	1 086	7	93	88	77	92
Hommes	444	9	97	91	79	93
Femmes	641	6	90	87	76	91
Inférieur au secondaire	6 818	6	95	92	84	93
Secondaire	8 850	3	97	93	84	95
Collégial	3 867	2	88	85	76	86
Universitaire	3 262	2	89	86	79	87
Terre-Neuve	451	4	98	95	89	95
Île-du-Prince-Édouard	109	#	98	94	83	97
Nouvelle-Écosse	741	#	96	92	85	93
Nouveau-Brunswick	615	4	97	95	90	97
Québec	5 689	6	95	92	79	94
Ontario	8 476	3	97	95	90	96
Manitoba	794	2	98	94	87	96
Saskatchewan	755	3	97	90	81	95
Alberta	2 136	#	98	93	85	94
Colombie-Britannique	3 127	2	98	93	84	94

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Ceux qui sont conscients de certains risques.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

37

Connaissance des effets de la fumée de tabac ambiante sur la santé

Introduction

Ce n'est pas d'hier que le tabagisme est reconnu comme étant la cause évitable la plus importante de décès dans les pays industrialisés (sujet 79), mais la fumée de tabac ambiante (FTA) n'est considérée que depuis récemment comme néfaste pour la santé[1]. La préoccupation croissante des Canadiennes et des Canadiens à l'endroit des effets sur la santé de l'exposition à la FTA a donné lieu à l'adoption de règlements interdisant de fumer dans les endroits publics (sujet 12) ainsi qu'à des interdictions volontaires de fumer à la maison (sujet 13), bien que ces restrictions soient loin d'être universelles.

L'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* interrogeait les Canadiens sur leurs connaissances des risques de la FTA pour la santé, qui sont décrits dans le présent chapitre, de même que sur leurs connaissances des effets directs sur la santé de l'usage du tabac (sujet 36).

Connaissance des effets de la fumée de tabac ambiante sur la santé, 1996-1997

En 1996-1997, une forte majorité de Canadiens (86 p. 100) savaient en général que la FTA pouvait avoir des effets néfastes sur la santé (tableau 37)[2]. Cependant, 14 p. 100 d'entre eux, soit plus de trois millions de personnes de 12 ans ou plus, estimaient qu'il n'y avait pas de risque pour la santé des non-fumeurs ou n'avaient pas d'opinion en la matière. Il s'agit d'une *hausse* étonnante depuis 1994, où 8 p. 100 des Canadiens de 15 ans ou plus croyaient que la FTA ne causait pas de problème de santé aux non-fumeurs[3].

Parmi les 19 millions de personnes conscientes des risques, la vaste majorité était en mesure de nommer correctement les résultats précis comme le cancer du poumon (80 p. 100), la maladie cardiaque (72 p. 100), l'accident cérébrovasculaire (58 p. 100) et la bronchite, l'emphysème ou l'asthme (84 p. 100) (tableau 37).

Les Canadiens étaient moins enclins à se rappeler les effets précis de la fumée ambiante de tabac sur la santé que les problèmes des fumeurs (voir la figure 36 du chapitre précédent). En général, les problèmes de santé étaient davantage attribués aux fumeurs qu'aux non-fumeurs. Cette remarque vaut en particulier pour l'accident cérébrovasculaire (85 p. 100 pour les fumeurs et 58 p. 100 pour les non-fumeurs), bien qu'il constitue un risque pour les deux groupes.

Faute de données internationales, on ne peut comparer la situation canadienne actuelle à celle d'autres pays.

Différences entre les groupes

En général, il n'y a pas de différence entre les sexes pour ce qui est de la connaissance des risques liés à la FTA. Toutefois, dans le groupe des 15 à 17 ans, les hommes sont deux fois plus susceptibles d'affirmer que la FTA ne pose pas de risque, et les hommes de 55 à 64 ans sont aussi beaucoup plus enclins que les femmes à ignorer les risques (tableau 37). Les femmes de 65 ans et plus sont aussi plus susceptibles que les hommes du même âge de dire qu'il n'y a aucun risque pour la santé.

Les jeunes sont beaucoup plus conscients que les aînés des risques de la FTA pour la santé. Seulement 7 p. 100 des personnes de 12 à 14 ans nient la présence de risques, contre 20 p. 100 des personnes de 65 à 74 ans (tableau 37).

Comme il fallait s'y attendre, la connaissance des effets de la fumée de tabac ambiante sur la santé augmente proportionnellement au niveau

d'instruction. Cependant, parmi tous ceux qui acceptent que la FTA représente un risque pour la santé, les personnes n'ayant pas terminé d'études secondaires sont les plus susceptibles de dire, quand on le leur suggère, que ce risque porte sur certains problèmes précis (tableau 37).

Les personnes au revenu supérieur sont un peu plus enclines à croire que la FTA comporte un risque pour la santé. Seulement 73 p. 100 des personnes au revenu inférieur croient au danger que représente la FTA pour la santé, contre 81 p. 100 de celles au revenu supérieur (données non présentées)[2].

Les résidents du Québec sont deux fois plus susceptibles que ceux de Terre-Neuve, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique (figure 37)[2] de croire que la FTA ne comporte pas de risque pour la santé (21 p. 100). Les Québécois sont également sous la moyenne en ce qui concerne la connaissance des risques de certaines maladies précises (tableau 37). Ces résultats interprovinciaux sont très différents de ceux des effets directs de l'usage du tabac sur la santé, sauf que les Québécois ont fait preuve de plus de scepticisme dans les deux cas (figure 37).

Définitions et méthodes

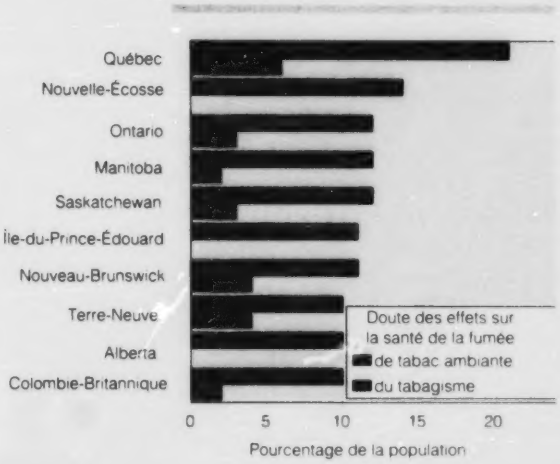
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[4].

Les questions sur les maladies précises associées à la FTA suggéraient des réponses avec lesquelles les sujets étaient d'accord ou en désaccord. Une réponse « Sans opinion » était aussi possible. Les pourcentages de la population générale qui étaient sans opinion sur le lien entre la FTA et les maladies précises étaient : 13 p. 100 sans opinion sur la question du cancer du poumon, 18 p. 100, sur les maladies cardiaques, 10 p. 100, sur les troubles respiratoires comme la bronchite et 25 p. 100, sur l'accident cérébrovasculaire.

Ouvrages de référence

1. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1986.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3*, 1994, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 37. **Scepticisme à l'égard des risques du tabagisme pour la santé, selon la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Note: Données supprimées pour la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 37 Connaissance (suggérée) des répercussions de la fumée de tabac ambiante sur les non-fumeurs, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997

	Estimé de population	Aucun risque	Cancer du poumon	Maladie cardiaque	Accident cérébro-vasculaire	Troubles respiratoires
	(en milliers)	(%)	(%)[a]	(%)[a]	(%)[a]	(%)[a]
Total, 12 ans ou +	**22 134**	**14**	**80**	**72**	**58**	**84**
Hommes	10 814	15	81	75	61	83
Femmes	11 320	13	79	69	56	85
Total, 12 à 14 ans	1 006	7	83	74	58	84
Hommes	488	7	86	77	55	81
Femmes	517	7	80	71	61	87
Total, 15 à 17 ans	1 206	9	84	72	56	84
Hommes	629	12	85	73	54	83
Femmes	577	6	83	71	57	85
Total, 18 à 19 ans	779	9	82	73	60	85
Hommes	373	7	86	75	62	85
Femmes	406	10	79	72	57	85
Total, 20 à 24 ans	1 759	11	85	74	56	85
Hommes	880	13	86	76	60	84
Femmes	879	8	84	72	52	86
Total, 25 à 34 ans	4 105	11	83	74	59	85
Hommes	2 020	11	83	76	61	83
Femmes	2 085	11	82	72	58	87
Total, 35 à 44 ans	4 833	14	78	70	58	84
Hommes	2 447	17	79	73	61	84
Femmes	2 385	12	77	67	54	85
Total, 45 à 54 ans	3 428	15	79	72	59	84
Hommes	1 727	15	79	74	62	83
Femmes	1 701	15	79	70	57	85
Total, 55 à 64 ans	2 248	16	77	72	59	83
Hommes	1 059	20	79	76	64	83
Femmes	1 189	12	75	68	54	83
Total, 65 à 74 ans	1 745	20	75	70	58	78
Hommes	772	18	77	76	62	78
Femmes	973	21	73	65	55	79
Total, 75 ans et +	1 026	19	75	68	58	79
Hommes	419	18	78	70	61	77
Femmes	608	20	73	66	56	80
Inférieur au secondaire	6 617	20	78	71	60	81
Secondaire	8 564	14	77	69	56	83
Collégial	3 713	12	72	65	52	76
Universitaire	3 153	8	74	66	53	78
Terre-Neuve	446	10	84	77	64	86
Île-du-Prince-Édouard	105	11	78	69	52	85
Nouvelle-Écosse	723	14	84	73	58	84
Nouveau-Brunswick	610	11	80	73	62	88
Québec	5 544	21	72	65	47	77
Ontario	8 070	12	84	77	68	86
Manitoba	748	12	84	73	59	87
Saskatchewan	743	12	79	68	53	87
Alberta	2 078	10	82	71	53	84
Colombie-Britannique	3 067	10	79	70	56	85

[a] Ceux qui sont conscients de certains risques.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

38

Connaissance d'une saine alimentation

Introduction

Depuis nombre d'années, la promotion d'une alimentation saine (voir le sujet 47) constitue l'un des objectifs du ministère de la Santé du gouvernement fédéral et de nombreux ministères provinciaux et territoriaux. Au cours des vingt dernières années, la nutrition a été de plus en plus associée aux principales causes de décès (sujets 82 et 83) et de maladie (sujets 68 et 77), principalement à la maladie cardiovasculaire et à ses facteurs de risque (sujets 67 et 74), ainsi qu'à de nombreuses formes de cancer (sujet 73).

La saine alimentation est sans doute le sujet le plus complexe de la promotion de la santé. Les opinions divergentes des scientifiques sur les mérites ou les désavantages de divers aliments ne simplifient pas les choses. L'évaluation des connaissances en matière de nutrition constitue une tâche à la fois difficile et exigeante. Le présent chapitre décrit les résultats d'études basées sur une autoévaluation de la connaissance.

Connaissance de la nutrition, 1997

La compréhension d'une série de termes nutritionnels par des adultes canadiens variait grandement en 1997, de 54 p. 100 des répondants qui disaient comprendre la signification du cholestérol sanguin à seulement 11 p. 100 d'entre eux qui disaient comprendre la signification de l'expression « acides gras oméga 3 » (figure 38a)[1]. On observe parfois avec étonnement des degrés assez différents de compréhension pour des termes semblables. Par exemple, plus d'adultes affirment connaître les gras polyinsaturés (36 p. 100) qu'il y en a qui connaissent les gras monoinsaturés (23 p. 100) et un peu plus de répondants disent connaître le cholestérol sanguin (54 p. 100) qu'il y en a qui connaissent le cholestérol alimentaire (39 p. 100).

Pour la plupart des termes nutritionnels, la confusion semble plus grande en 1997 qu'elle ne l'était en 1994, et la compréhension de bien des notions n'est pas plus élevée qu'en 1989 (figure 38a).

Il se peut que la compréhension prétendue soit en-deçà de la compréhension réelle. Lorsqu'on leur a demandé d'expliquer l'expression « gras saturés », seulement 69 p. 100 des personnes qui disaient comprendre l'expression étaient en mesure d'en donner une définition relativement exacte[1].

En ce qui concerne le lien entre l'alimentation et la maladie, la connaissance est plutôt ténue : la majorité des gens acceptent sans réserve que la réduction des gras alimentaires peut diminuer le cholestérol sanguin ou qu'une alimentation à haute teneur en fibres peut prévenir le cancer du côlon, tandis que moins d'un tiers des répondants reconnaissent que certains types de fibres alimentaires peuvent contribuer à réduire le cholestérol sanguin. Les deux tiers persistent à croire, à tort, que le cholestérol alimentaire est le facteur le plus important du cholestérol sanguin (figure 38b)[1].

En général, le niveau des connaissances, même des prétendues connaissances, n'est pas très élevé. Cela étonne, si l'on considère que près des deux tiers des adultes canadiens disent tenir la nutrition pour « très ou extrêmement » importante dans le choix de leurs aliments (tableau 38)[1].

Différences entre les groupes

Les données détaillées de la connaissance de la nutrition n'ont pas été publiées pour les groupes d'âge ou les sexes, mais les 35 à 54 ans disent en connaître davantage que les autres groupes d'âge (données non présentées)[1]. Une compréhension exacte des gras saturés est plus souvent démontrée par les diplômés universitaires (76 p. 100) et les personnes qui disent

avoir de très bonnes ou d'excellentes habitudes alimentaires (73 à 83 p. 100)[1].

Les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes de voir l'importance de la nutrition, tandis que les personnes de 18 à 34 ans lui accordent une importance moindre (tableau 38)[1]. Les cotes d'importance des femmes se sont accrues depuis 1989, alors que celles des hommes sont demeurées au même niveau. Il y a également eu un certain accroissement de l'importance perçue par les personnes de 55 ans et plus.

Seuls les résidents des Prairies semblent être considérablement sous la moyenne nationale des cotes d'importance en 1997, tandis que l'Ontario est la seule région dont les résidents considèrent que la nutrition est plus importante en 1997 qu'en 1989 (tableau 38).

Définitions et méthodes

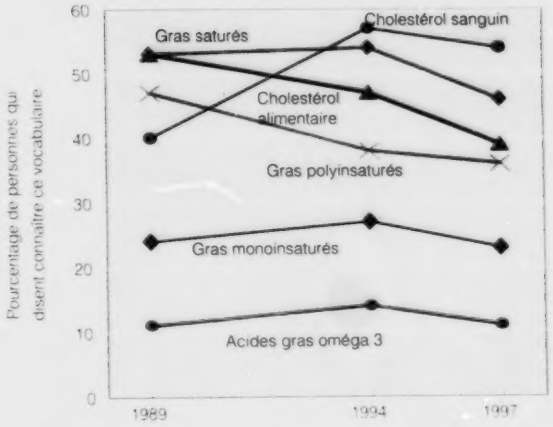
Ces données sont tirées du *Canadian Facts Monitor* d'avril 1997, réalisé pour l'Institut national de la nutrition, au moyen d'entrevues en personne de quelque 2 000 répondants, à domicile.

Les connaissances ont été classées comme suit : on a fourni aux répondants une carte énumérant les termes nutritionnels, et on leur a demandé de choisir une réponse parmi trois possibles, soit « connait la signification », « en a entendu parler ou lu à ce sujet : « pas certain de la signification » ou « n'en a jamais entendu parler ; ne sait pas la signification ». Les données de la figure 38 concernent la réponse « connait la signification ». Il n'y a pas eu d'évaluation indépendante de la compréhension réelle des répondants, sauf comme nous l'avons mentionné pour les gras saturés.

Ouvrage de référence

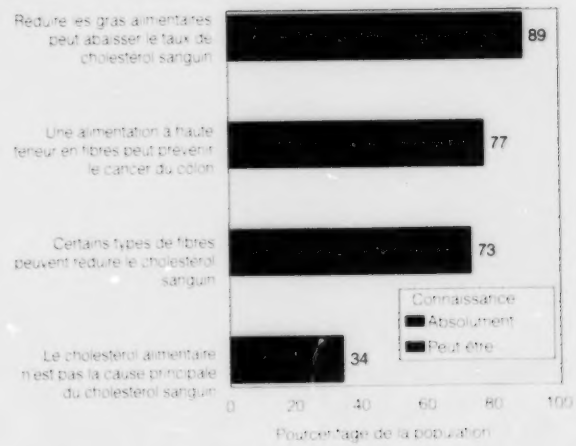
1. L'Institut national de la nutrition, *Sommaire analytique : Nutrition : Evolution et tendances (NET), 1997*, Ottawa, l'Institut national de la nutrition, 1997.

Figure 38a **Connaissance du vocabulaire nutritionnel, population de 18 ans ou plus, Canada, 1989, 1994 et 1997**



Source: Institut national de la nutrition. *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances*. Ottawa. 1997.

Figure 38b **Connaissance de la nutrition et des maladies, population de 18 ans ou plus, Canada, 1997**



Source: Institut national de la nutrition. *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances*. Ottawa. 1997.

avoir de très bonnes ou d'excellentes habitudes alimentaires (73 à 83 p. 100)[1].

Les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes de voir l'importance de la nutrition, tandis que les personnes de 18 à 34 ans lui accordent une importance moindre (tableau 38)[1]. Les cotes d'importance des femmes se sont accrues depuis 1989, alors que celles des hommes sont demeurées au même niveau. Il y a également eu un certain accroissement de l'importance perçue par les personnes de 55 ans et plus.

Seuls les résidents des Prairies semblent être considérablement sous la moyenne nationale des cotes d'importance en 1997, tandis que l'Ontario est la seule région dont les résidents considèrent que la nutrition est plus importante en 1997 qu'en 1989 (tableau 38).

Définitions et méthodes

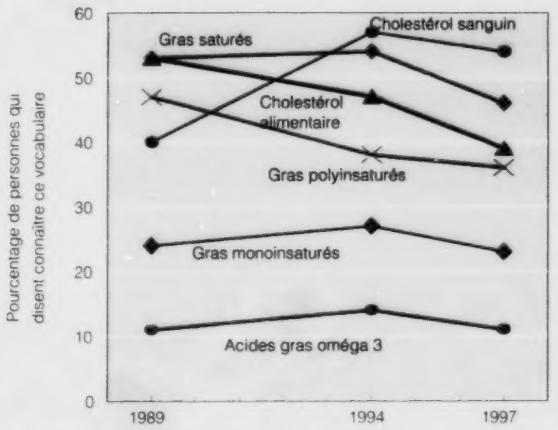
Ces données sont tirées du *Canadian Facts Monitor* d'avril 1997, réalisé pour l'Institut national de la nutrition, au moyen d'entrevues en personne de quelque 2 000 répondants, à domicile.

Les connaissances ont été classées comme suit : on a fourni aux répondants une carte énumérant les termes nutritionnels, et on leur a demandé de choisir une réponse parmi trois possibles, soit « connaît la signification », « en a entendu parler ou lu à ce sujet ; « pas certain de la signification » ou « n'en a jamais entendu parler ; ne sait pas la signification ». Les données de la figure 38 concernent la réponse « connaît la signification ». Il n'y a pas eu d'évaluation indépendante de la compréhension réelle des répondants, sauf comme nous l'avons mentionné pour les gras saturés.

Ouvrage de référence

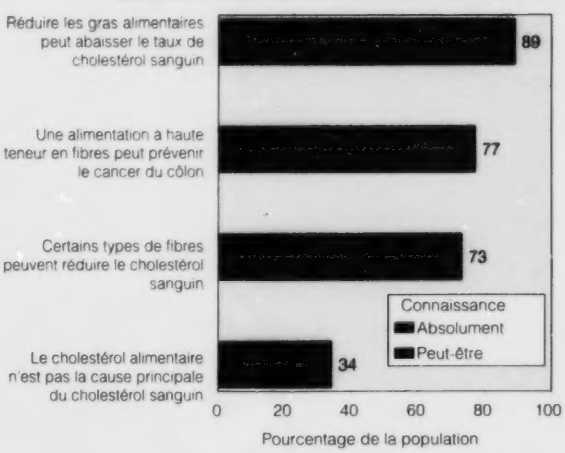
1. L'Institut national de la nutrition, *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances (NET), 1997*, Ottawa, l'Institut national de la nutrition, 1997.

Figure 38a **Connaissance du vocabulaire nutritionnel, population de 18 ans ou plus, Canada, 1989, 1994 et 1997**



Source: Institut national de la nutrition, *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances*, Ottawa, 1997.

Figure 38b **Connaissance de la nutrition et des maladies, population de 18 ans ou plus, Canada, 1997**



Source: Institut national de la nutrition, *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances*, Ottawa, 1997.

Tableau 38 **Importance perçue de la nutrition dans le choix des aliments, selon l'âge, le sexe et la province/la région, Canada, 1989 et 1997**

	Nutrition jugée très ou extrêmement importante	
	1989	1997
	(%)	(%)
Total, 18 ans ou +	**59**	**62**
Hommes	42	41
Femmes	65	73
18 à 34 ans	54	55
35 à 54 ans	65	66
55 ans et +	58	65
Atlantique	60	60
Québec	65	62
Ontario	53	65
Prairies	55	56
Colombie-Britannique	63	63

Source: Institut national de la nutrition, *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances*, Ottawa, 1997.

Habitudes de vie

L'effet le plus durable de la Nouvelle perspective de la santé des Canadiens est peut-être d'avoir mis l'accent sur les habitudes de vie comme influence prépondérante sur la santé. On en a logiquement déduit que les influences des habitudes de vie sont évitables, contrairement aux influences génétiques ou biologiques comme le vieillissement ou le sexe. Ainsi, l'usage du tabac, par exemple, est désormais désigné communément comme étant la première cause évitable de maladie et de décès. Un autre résultat de la Nouvelle perspective a été l'Enquête sur la santé de la population de 1978-1979, la première à documenter de façon exhaustive les habitudes sanitaires de la population canadienne en général. Depuis ce temps, il y a eu davantage d'enquêtes sur les habitudes sanitaires que sur tout autre facteur déterminant en matière de santé. Le présent chapitre expose les derniers résultats relatifs à une grande variété de ces habitudes.

Aperçu

Les enquêtes récentes rapportent certains changements de comportement bénéfiques, comme davantage d'activités de loisir (sujet 46), d'allaitement maternel (sujet 48), de port du casque protecteur (sujet 49) et de recyclage et compostage (sujet 39). Cependant, certains changements souhaités ne se sont pas encore réalisés : il n'y a pas eu de changement dans l'usage du tabac (sujet 40), l'éventualité de renoncer à fumer (sujet 41) ou l'utilisation de la cocaïne (sujet 45). Et d'autres changements ont été défavorables : tabagisme accru chez les adolescents (sujet 40), plus de consommation excessive régulière d'alcool (sujet 43), utilisation accrue de cannabis (sujet 45) et une consommation accrue de gras alimentaires (sujet 47). Si l'on tient compte de l'ampleur des risques pour la santé et du nombre de personnes à risque, l'inactivité physique et l'alimentation se classent au même rang que l'usage du tabac comme menaces principales au bien-être de la population canadienne.

Il y a des différences marquées et constantes de modes de vie reliées au statut social, et celles-ci placent les Canadiennes et Canadiens moins instruits et à faible revenu à risque accru de mauvaise santé. Les différences entre les diplômés universitaires et les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont souvent de l'ordre du double du niveau de risque, et parfois la différence devient triple (par exemple, en ce qui a trait au port régulier du casque protecteur) ou même quadruple (dans le cas de l'usage du tabac durant la grossesse) (sujet 40). D'autres comportements assortis d'une forte variation du statut social sont : le tabagisme (sujet 40), la dépendance à la nicotine (sujet 41), la consommation excessive régulière d'alcool (sujet 43), l'activité physique régulière (sujet 46), l'utilisation du condom avec un nouveau partenaire sexuel (sujet 50), le recyclage et le compostage (sujet 39), la protection du soleil (sujet 51) et les intentions de changer d'habitudes de vie à l'avenir (sujet 52).

Bien qu'elles ne soient pas aussi constantes que les différences reliées au statut social, il y a des disparités entre les provinces qui sont souvent aussi marquées. Les comportements qui varient d'un facteur de 1,5 à 2 ou plus comprennent : l'éventualité de renoncer à fumer (sujet 41), la consommation régulière d'alcool (sujet 42), la consommation excessive d'alcool (sujet 43), la conduite avec facultés affaiblies et le choix habituel d'un chauffeur désigné (sujet 44), l'utilisation de cannabis ou d'autres drogues illicites (sujet 45), et le port régulier du casque protecteur (sujet 49). Fait intéressant à noter, le port des ceintures de sécurité (sujet 49) est uniformément réparti parmi les provinces et les niveaux d'instruction, ce qui laisse croire qu'une loi bien expliquée et bien appliquée est un niveleur efficace de la variation sociale habituelle dans le comportement face à la santé.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les habitudes de vie sont un des facteurs déterminants de la santé les plus sondés, et d'assez bonnes séries chronologiques existent sur nombre d'habitudes de vie. En raison du niveau élevé de désirabilité sociale de tant de ces habitudes toutefois, et parce que nombre d'entre elles sont complexes et d'autres, simplement illégales, la validité des habitudes déclarées est souvent remise en question. Une meilleure compréhension de la qualité des données existantes pourrait donc se révéler aussi importante que des données additionnelles sur les habitudes de vie de la population. Il faut une analyse plus détaillée, comme un examen du profil des jeunes buveurs excessifs, de même qu'une surveillance plus étroite des taux accrus de consommation d'alcool chez les jeunes Canadiens, surtout chez les jeunes femmes.

39

Mesures environnementales

Introduction

La qualité de l'environnement physique (voir le sujet 14) est une partie importante de la santé, ce que reconnaissent clairement les Canadiennes et Canadiens. Le présent chapitre fait état des mesures prises par la population pour conserver et protéger son environnement physique.

Comportements sensibles à l'environnement, 1997-1998

À la fin de 1997 et au début de 1998, un grand nombre d'adultes canadiens déclaraient prendre une série de mesures pour préserver leur environnement physique ou pour protéger leur propre santé des dangers perçus de l'environnement[1,2]. Plus de la moitié de tous les adultes (59 p. 100) disaient avoir évité certains produits de consommation pour des raisons environnementales au cours de l'année précédente, tandis que bon nombre (51 p. 100) recueillaient aussi de l'information sur les questions environnementales (figure 39)[1,2]. Des proportions moins grandes, mais tout de même considérables, appartenaient à des groupes écologiques ou leur apportaient un appui financier (28 p. 100), ou votaient pour (ou contre) des candidats et partis politiques pour leur position sur les questions environnementales (27 p. 100). Outre ceux qui ont déclaré prendre ces mesures, il y avait une minorité importante qui envisageait chacune de ces mesures dans l'année précédant l'enquête.

Parmi les activités en cours pour préserver l'environnement, le recyclage et le compostage étaient les plus répandues, déclarées par 88 p. 100 des adultes canadiens (tableau 39)[1,2]. L'achat de produits sans danger pour l'environnement (64 p. 100) et l'utilisation d'appareils économiseurs d'énergie (69 p. 100) étaient déclarés par plusieurs. Bien que les mesures en vue de se protéger des dangers de l'environnement soient moins répandues, il y avait tout de même un bon nombre de gens qui déclaraient utiliser un purificateur d'eau à domicile (42 p. 100) et acheter des aliments biologiques (40 p. 100). (Bien que les *raisons* de ces mesures n'aient pas été vérifiées, elles correspondent au niveau élevé des préoccupations au sujet de la qualité de l'eau et des aliments, en tant que voie de pollution qui préoccupe plus du quart de la population)[2].

Seules des comparaisons approximatives avec une période antérieure sont possibles car ces questions ne sont pas demeurées les mêmes avec le temps. En 1990, 67 p. 100 des adultes canadiens ont déclaré recycler et 22 p. 100 ont dit faire du compost[3]. Puisque la plupart des personnes qui faisaient du compost recyclaient également, cela laisse supposer un certain accroissement de ces habitudes au cours des huit dernières années. Par contre, il y a peut-être eu moins de progrès en ce qui concerne l'achat de produits "verts", car 61 p. 100 déclaraient acheter des biens faits de produits recyclés en 1990, et 64 p. 100 disaient plus récemment choisir des produits sans danger pour l'environnement.

Différences entre les groupes

Les femmes sont un peu plus susceptibles que les hommes de déclarer ces comportements sensibles à l'environnement, surtout l'achat de produits "verts" et d'aliments biologiques ainsi que la purification de l'eau potable à domicile (tableau 39)[1,2]. Ces comportements changent peu selon l'âge, sauf en ce qui concerne l'achat de produits sans danger pour l'environnement, qui était notablement moins répandu chez les personnes de 55 ans et plus.

À mesure qu'augmente le niveau d'instruction, la probabilité de ces comportements sensibles à l'environnement s'accroît elle aussi (tableau 39). Seule la consommation d'aliments biologiques est uniforme à tous les niveaux d'instruction. L'achat de produits

verts est particulièrement lié au niveau d'instruction : les diplômés universitaires sont 1,4 fois plus susceptibles de déclarer ce comportement que les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.

Les différences régionales sont minimes mais certains modèles s'imposent : les Québécois sont les moins susceptibles de déclarer tous ces comportements, sauf la consommation d'aliments biologiques, tandis que les habitants de Toronto et de Vancouver se situent au-dessus de la moyenne nationale d'utilisation des filtres à eau (tableau 39). C'est en Ontario que l'on déclare le plus souvent acheter des produits "verts" et recycler.

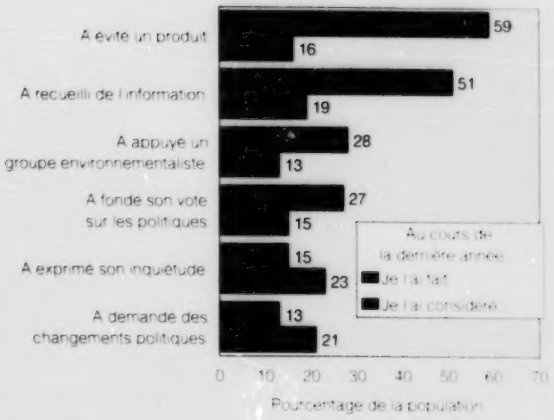
Définitions et méthodes

L'*Environmental Monitor* est une enquête téléphonique régulière menée par l'Environics Research Group. Ces résultats ont été obtenus auprès de quelque 1 500 adultes à la fin de 1997 et au début de 1998. La taille réduite de l'échantillon laisse supposer qu'il faut comparer les groupes avec prudence. Pour la même raison, les répartitions selon le niveau d'instruction du tableau 39 n'ont pas été normalisées en fonction de l'âge.

Ouvrages de référence

1. Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998, cycle 1*, Toronto, 1998.
2. Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997, cycle 4*, Toronto, 1997.
3. Peters, L., « Environmental health practices », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Figure 39 **Mesures inspirées par l'environnement, au cours de la dernière année, population de 18 ans ou plus, Canada, 1997–1998**



Sources: Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997, cycle 4*, Toronto, 1997 ; Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998, cycle 1*, Toronto, 1998.

verts est particulièrement lié au niveau d'instruction : les diplômés universitaires sont 1,4 fois plus susceptibles de déclarer ce comportement que les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.

Les différences régionales sont minimes mais certains modèles s'imposent : les Québécois sont les moins susceptibles de déclarer tous ces comportements, sauf la consommation d'aliments biologiques, tandis que les habitants de Toronto et de Vancouver se situent au-dessus de la moyenne nationale d'utilisation des filtres à eau (tableau 39). C'est en Ontario que l'on déclare le plus souvent acheter des produits "verts" et recycler.

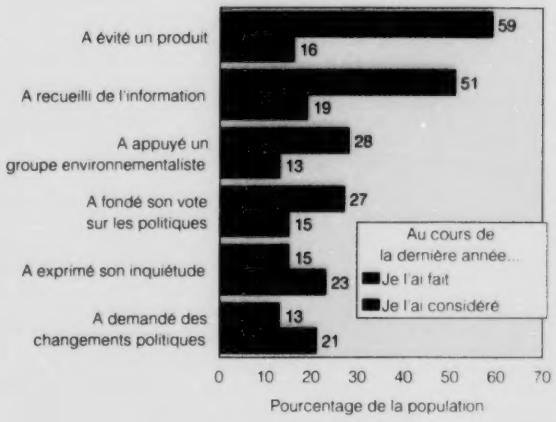
Définitions et méthodes

L'*Environmental Monitor* est une enquête téléphonique régulière menée par l'Environics Research Group. Ces résultats ont été obtenus auprès de quelque 1 500 adultes à la fin de 1997 et au début de 1998. La taille réduite de l'échantillon laisse supposer qu'il faut comparer les groupes avec prudence. Pour la même raison, les répartitions selon le niveau d'instruction du tableau 39 n'ont pas été normalisées en fonction de l'âge.

Ouvrages de référence

1. Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998, cycle 1*, Toronto, 1998.
2. Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997, cycle 4*, Toronto, 1997.
3. Peters, L., « Environmental health practices », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Figure 39 **Mesures inspirées par l'environnement, au cours de la dernière année, population de 18 ans ou plus, Canada, 1997–1998**



Sources: Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997, cycle 4*, Toronto, 1997 ; Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998, cycle 1*, Toronto, 1998.

Tableau 39 **Mesures prises à l'heure actuelle pour des raisons environnementales, selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et la province/la région/la ville, population de 18 ans ou plus, Canada, 1997–1998**

	Possession d'éco-produits	Recyclage ou compost	Possession d'appareil d'économie d'énergie	Purification d'eau potable	Consommation d'aliments biologiques
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 18 ans ou +	**64**	**88**	**69**	**42**	**40**
Hommes	57	86	68	39	35
Femmes	70	90	71	45	45
Total, 18 à 34 ans	67	89	64	44	39
Hommes	55	86	61	42	34
Femmes	78	91	67	47	45
Total, 35 à 54 ans	71	90	76	40	40
Hommes	64	89	74	36	35
Femmes	78	91	79	44	45
Total, 55 ans et +	50	85	68	42	42
Hommes	51	82	71	39	40
Femmes	50	89	66	45	45
Inférieur au secondaire	54	70	59	33	37
Secondaire	59	91	72	40	42
Collégial	64	90	70	46	39
Universitaire	73	95	72	43	43
Atlantique	64	85	73	37	43
Québec	60	81	54	23	40
Montréal	63	88	56	24	34
Ontario	67	93	76	53	39
Toronto	67	93	64	60	37
Prairies	60	90	72	42	37
Colombie-Britannique	65	90	72	49	44
Vancouver	62	88	75	60	34

Sources: Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997, cycle 4*, Toronto, 1997 ; Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998, cycle 1*, Toronto, 1998.

40

Usage du tabac

Introduction

L'usage du tabac est largement reconnu comme étant la cause évitable de mortalité la plus importante dans les pays industrialisés ; il s'agit aussi d'une cause importante de maladie et de décès (sujet 79) qui entraîne donc des coûts directs et indirects, que l'on estime se situer entre 7,8 et 11, 1 milliards de dollars chaque année[1]. Outre les effets de l'usage du tabac sur la santé des fumeurs et des adultes non-fumeurs, qui sont au moins reconnus par la plupart des adultes au Canada (sujets 36 et 37), le tabagisme a un effet démesurément élevé sur le foetus, le nouveau-né et le nourrisson[2]. Ces effets vont de l'insuffisance pondérale à la naissance (sujet 64) jusqu'aux troubles respiratoires qui sont exacerbés parce que les poumons de l'enfant sont trop grands pour la taille de son corps. Pour ces raisons, la prévention et la réduction de l'usage du tabac, surtout chez les femmes enceintes, ainsi que la protection des non-fumeurs constituent un sujet de préoccupation pertinent pour le gouvernement.

Les risques pour les fumeurs et leurs proches, y compris le foetus, dépendent du *type de fumeur* et du *nombre de cigarettes consommées*. Dans les deux cas, le présent chapitre met l'accent sur la cigarette, car elle représente, de loin, le type de tabac le plus couramment consommé.

Fréquence de l'usage du tabac, 1996-1997

En 1996-1997, 28 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens de 12 ans (tableau 40)[3] ou plus fumaient quotidiennement (24 p. 100) ou à l'occasion (4 p. 100) (données non présentées). Ce niveau demeure essentiellement inchangé comparativement aux 29 p. 100 de Canadiens qui fumaient couramment en 1994-1995[4]. Les anciens fumeurs représentaient 29 p. 100 de la population en 1996-1997, mais le groupe le plus important de Canadiens (44 p. 100) était formé de personnes qui n'avaient jamais fumé (tableau 40). Quoi qu'il en soit, le Canada compte encore près de sept millions de fumeurs. Les fumeurs quotidiens consomment en moyenne 17 cigarettes par jour, soit moins que la moyenne de 19 cigarettes par jour de 1994-1995[3,4].

De 1970 à 1990, la fréquence de l'usage du tabac a chuté considérablement, passant de 47 à 30 p. 100 chez les Canadiens de 15 ans ou plus. Depuis 1990, la fréquence a connu une certaine fluctuation, mais on a observé aucune tendance nette (figure 40a)[3,4,5]. L'objectif national concernant l'usage du tabac établi à 27 p. 100 pour 1996, pour les Canadiens de 15 ans ou plus, n'a donc pas été atteint, et celui de 24 p. 100 pour l'an 2000[6] risque de ne pas l'être.

Environ 36 p. 100 des mères ayant récemment donné naissance et ayant déjà fumé reconnaissaient avoir fumé durant leur dernière grossesse, et elles consommaient en moyenne neuf cigarettes par jour durant cette période (tableau 40)[3]. Cela représente quelque 146 000 femmes qui ont fumé durant leur dernière grossesse.

En 1996, le Canada se comparait de façon relativement avantageuse à de nombreux pays industrialisés européens et au Japon[7] quant à l'usage du tabac, quoique la Finlande, les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni aient affiché des taux de consommation quotidienne moins élevés[8].

Différences entre les groupes

Les chances d'être un fumeur actuel sont les plus élevées chez les personnes de 18 à 24 ans ou chez celles qui n'ont pas terminé leurs études secondaires (tableau 40). Les hommes, les personnes de 45 à 54 ans et celles qui n'ont pas terminé leurs études universitaires comptent parmi les plus gros fumeurs quotidiens.

Il existe aussi une différence dans le nombre de fumeurs occasionnels, selon l'âge et le sexe (figure 40b)[3]. Les jeunes femmes de 15 à 19 ans et les jeunes hommes de 18-19 ans constituent les groupes les plus susceptibles de fumer à l'occasion (8 p. 100). Les hommes et les femmes de moins de 35 ans sont plus susceptibles d'être des fumeurs occasionnels que les hommes et les femmes de 35 ans ou plus (4-8 p. 100 contre 2-3 p. 100).

Dans l'ensemble, les hommes sont toujours plus susceptibles de fumer et de consommer un plus grand nombre de cigarettes par jour (tableau 40), modèle qui se vérifie depuis au moins un quart de siècle, bien que l'écart entre les sexes concernant la fréquence diminue (figure 40a).

L'usage du tabac chez les adolescents se distingue de celui de la population générale de façon importante. En particulier, la proportion de fumeurs actuels adolescents *a augmenté* considérablement entre 1990 (21 p. 100)[5] et 1994-1995 (29 p. 100)[4], contrairement à ce qui s'est produit pour les autres groupes. Ce niveau s'est maintenu à 29 p. 100 en 1996-1997[3] (figure 40c). Les adolescents de 12 à 17 ans sont aussi le seul groupe d'âge où les femmes sont plus susceptibles que les hommes de fumer (tableau 40). Cette attirance apparente pour l'usage du tabac chez les jeunes femmes est très forte surtout lorsqu'elles sont âgées de 15 à 17 ans, mais apparaît dès l'âge de 12 à 14 ans : 10 p. 100 des filles de cet âge fument couramment, contre 6 p. 100 des garçons.

De façon marquée, la fréquence de l'usage du tabac est inversement proportionnelle au niveau d'instruction (tableau 40). Les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires sont presque *trois fois plus susceptibles* de fumer couramment que les diplômés universitaires. Les diplômés universitaires qui fument régulièrement consomment environ 3 cigarettes de moins par jour que les fumeurs quotidiens ayant moins d'instruction.

Il existe des écarts importants entre les provinces quant à l'usage du tabac : la Colombie-Britannique affiche la proportion la plus faible de fumeurs (24 p. 100), tandis que le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard présentent la proportion la plus élevée (32 p. 100) (tableau 40). Les Canadiens qui n'ont jamais fumé sont plus susceptibles de vivre en Ontario, au Manitoba ou en Alberta, et moins susceptibles d'habiter en Nouvelle-Écosse ou à Terre-Neuve. La quantité de cigarettes consommées par les fumeurs quotidiens varie de 16 à Terre-Neuve à un maximum de 20 à l'Île-du-Prince-Édouard.

Parmi les mères de 18 à 24 ans ayant récemment donné naissance et déclaré être des fumeuses anciennes ou actuelles, un peu moins de la moitié (42-46 p. 100) avaient fumé durant leur dernière grossesse (tableau 40)[3]. L'usage du tabac durant la grossesse devenait moins fréquent avec l'âge, mais la quantité consommée chaque jour par les mères ayant récemment donné naissance *augmentait* avec l'âge.

La fréquence de l'usage du tabac durant la grossesse est fortement liée au niveau d'instruction. Parmi les femmes qui ont déjà fumé, les trois cinquièmes (61 p. 100) des femmes enceintes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont fumé durant la grossesse, contre seulement 14 p. 100 de celles ayant un niveau d'instruction universitaire (tableau 40)[3]. En outre, les fumeuses enceintes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires consommaient en moyenne 10 cigarettes par jour, tandis que les fumeuses enceintes ayant un niveau d'instruction universitaire consommaient en moyenne 5 cigarettes par jour.

Les fumeuses enceintes de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan fument le plus (15 cigarettes par jour), tandis que les femmes enceintes de la Colombie-Britannique fument le moins (4 cigarettes) (tableau 40).

Les échantillons restreints et les périodes d'enquête différentes en ce qui concerne l'usage du tabac durant la grossesse empêchent les comparaisons concluantes des niveaux de fréquence entre les provinces.

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus.

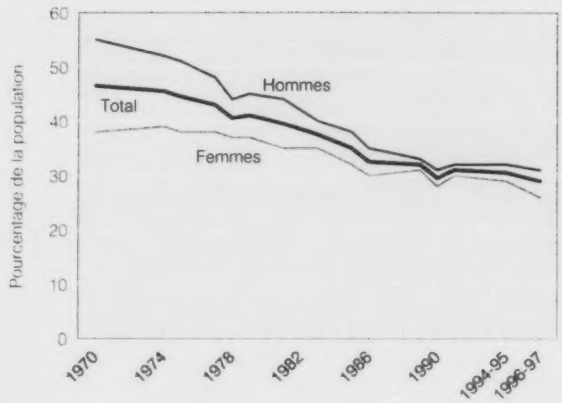
Les données sur les fumeuses enceintes décrivent des femmes de 15 à 49 ans qui étaient des fumeuses actuelles ou anciennes et qui étaient enceintes à moins de deux ans de l'enquête (cinq ans en Alberta). Les données de niveau d'instruction des

femmes enceintes ne sont pas normalisées en fonction de l'âge, mais l'écart restreint de l'âge de ce groupe réduit le besoin de normalisation.

Ouvrages de référence

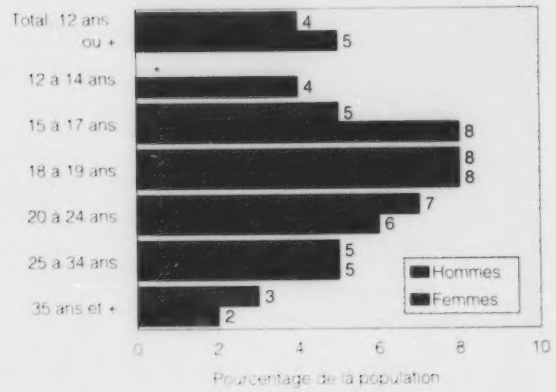
1. Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm, *Le coût de la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1995.
2. U.S. Departement of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*, Washington (DC): U.S. Government Printing Office, 1986.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Pederson, L.L., « Le tabagisme », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
6. Santé Canada, *Document d'orientation de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme du Canada : mise à jour, 1993*, Ottawa, Santé Canada, 1994.
7. Organisation de la coopération et du développement économiques, *Eco-Santé OCDE, 1998* (CD-ROM).
8. Stephens, T., « *International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants* », exposé au congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive (FIMS) à Orlando (Floride), mai 1998.
9. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 40a **Prévalence de l'usage du tabac, selon le sexe, population de 15 ans ou plus, Canada, 1970 à 1996–1997**



Sources: Pederson L.L., Le tabagisme, dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T., et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ministre des Approvisionnements et Services, Ottawa, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993 ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

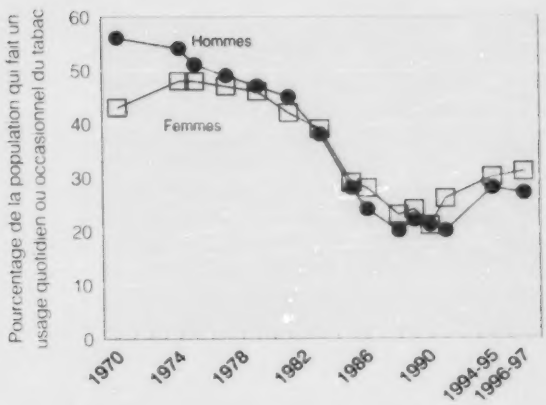
Figure 40b **Prévalence de l'usage occasionnel du tabac, selon l'âge et le sexe, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997, totalisations spéciales.

Figure 40c **Prévalence de l'usage du tabac, selon l'âge et le sexe, population de 15 à 19 ans, Canada, 1970 à 1996–1997**



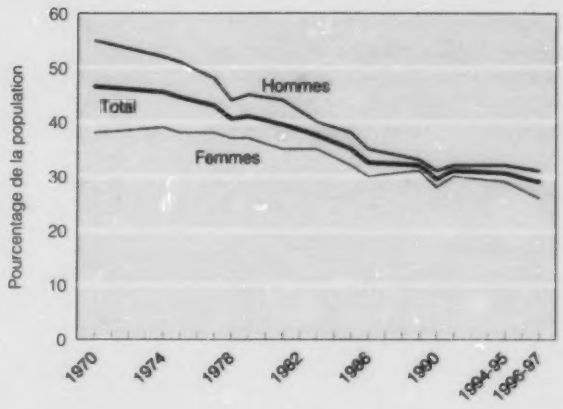
Sources: Statistique Canada et Santé Canada, diverses enquêtes nationales.

femmes enceintes ne sont pas normalisées en fonction de l'âge, mais l'écart restreint de l'âge de ce groupe réduit le besoin de normalisation.

Ouvrages de référence

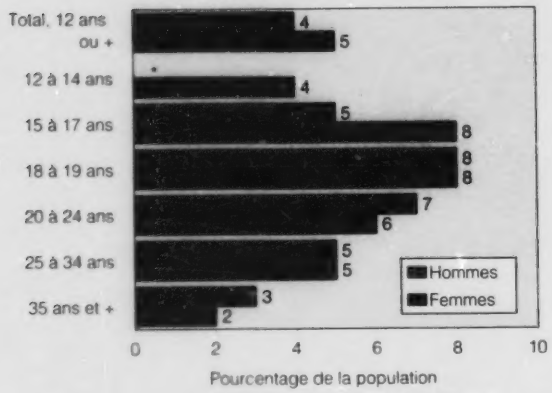
1. Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm, *Le coût de la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1995.
2. U.S. Departement of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*, Washington (DC): U.S. Government Printing Office, 1986.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Pederson, L.L., « Le tabagisme », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
6. Santé Canada, *Document d'orientation de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme du Canada : mise à jour, 1993*, Ottawa, Santé Canada, 1994.
7. Organisation de la coopération et du développement économiques, *Eco-Santé OCDE, 1998* (CD-ROM).
8. Stephens, T., « *International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants* », exposé au congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive (FIMS) à Orlando (Floride), mai 1998.
9. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 40a **Prévalence de l'usage du tabac, selon le sexe, population de 15 ans ou plus, Canada, 1970 à 1996–1997**



Sources: Pederson L.L., Le tabagisme, dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T., et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ministre des Approvisionnements et Services, Ottawa, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993 ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

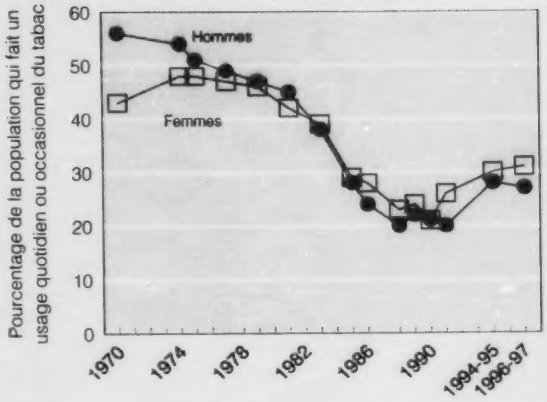
Figure 40b **Prévalence de l'usage occasionnel du tabac, selon l'âge et le sexe, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997, totalisations spéciales.

Figure 40c **Prévalence de l'usage du tabac, selon l'âge et le sexe, population de 15 à 19 ans, Canada, 1970 à 1996–1997**



Sources: Statistique Canada et Santé Canada, diverses enquêtes nationales.

Tableau 40 **Type de fumeurs et nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction[a] (normalisé en fonction de l'âge) et la province, chez les 12 ans ou plus, et proportion de fumeuses et nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement durant la grossesse selon l'âge, le niveau d'instruction[a] et la province chez les fumeuses de 15–49 ans récemment enceintes[a], Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Personnes de 12 ans ou +				Fumeuses récemment enceintes, 15–49 ans	
		Fumeurs actuels	Ancien fumeur	N'a jamais fumé	Nombre moyen de cigarettes par jour	A fumé durant sa dernière grossesse	Nombre moyen de cigarettes par jour
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)		(%)	
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**28**	**29**	**44**	**17**		
Hommes	12 099	30	31	39	19		
Femmes	12 495	25	26	48	16	**36**	**9**
Total, 12 à 14 ans	1 151	8	14	78	9		
Hommes	580	6	13	80	11		
Femmes	571	10	15	75	8		
Total, 15 à 17 ans	1 284	25	20	54	12		
Hommes	683	22	19	59	13		
Femmes	601	29	22	49	11	#	4
Total, 18 à 19 ans	826	35	16	48	13		
Hommes	403	36	14	50	14		
Femmes	424	34	19	46	12	46	7
Total, 20 à 24 ans	1 873	35	20	45	14		
Hommes	948	38	18	43	15		
Femmes	924	31	22	47	13	42	8
Total, 25 à 34 ans	4 472	34	22	44	16		
Hommes	2 209	36	19	45	18		
Femmes	2 263	31	25	44	15	36	10
Total, 35 à 44 ans	5 238	33	28	38	19		
Hommes	2 645	37	29	34	20		
Femmes	2 593	30	27	43	17	29	11
Total, 45 à 54 ans	3 771	28	34	37	20		
Hommes	1 922	31	38	30	21		
Femmes	1 849	25	29	45	18	#	13
Total, 55 à 64 ans	2 565	24	38	38	19		
Hommes	1 231	26	47	26	21		
Femmes	1 334	21	29	49	17		
Total, 65 à 74 ans	2 096	17	41	42	17		
Hommes	930	20	55	25	18		
Femmes	1 166	15	30	55	16		
Total, 75 ans et +	1 320	11	41	48	16		
Hommes	549	13	60	26	17		
Femmes	771	9	27	63	14		
Inférieur au secondaire	7 526	39	26	35	18	61	10
Secondaire	9 307	28	30	42	17	36	9
Collégial	4 134	25	28	37	18	31	9
Universitaire	3 461	14	27	49	15	14	5
Terre-Neuve	478	31	31	38	16	#	8
Île-du-Prince-Édouard	113	32	28	40	20	#	15
Nouvelle-Écosse	775	31	31	38	18	#	7
Nouveau-Brunswick	632	28	30	42	18	#	11
Québec	6 131	32	28	40	19	#	9
Ontario	9 323	25	27	47	17	32	9
Manitoba	902	26	29	44	17	34	8
Saskatchewan	801	29	30	40	17	#	15
Alberta	2 244	28	26	46	17	38	10
Colombie-Britannique	3 196	24	34	42	17	#	4

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Les données de niveau d'instruction ne sont pas normalisées en fonction de l'âge pour les femmes enceintes, en raison de la taille réduite de l'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

41

Dépendance à la nicotine

Introduction

Au cours des 30 dernières années, l'usage du tabac a diminué de façon impressionnante au sein de la population canadienne[1], même si cette tendance stagne depuis le début des années 1990 (sujet 40). Bien que cette baisse, surtout avant 1994, soit en partie attribuable aux faibles proportions de jeunes qui commencent à fumer, elle dépend surtout du nombre de fumeurs actuels qui renoncent au tabac. Plusieurs facteurs peuvent les inciter à prendre cette décision. En général, les préoccupations concernant la santé constituent la principale raison invoquée pour arrêter de fumer ou avoir envie de le faire. Les autres motifs incluent les coûts, les restrictions et les pressions exercées par la famille et les amis[2]. Néanmoins, il est évident que la dépendance à la nicotine est très puissante et qu'y renoncer s'avère difficile.

Le présent chapitre traite des niveaux de dépendance à la nicotine chez les fumeurs quotidiens, selon deux indicateurs : le temps écoulé avant la première cigarette du matin et l'idée de cesser de fumer. (Le sujet 40 décrit l'étendue et la répartition des anciens fumeurs.)

Fréquence de la dépendance à la nicotine, 1996-1997

En 1996-1997, plus de la moitié (59 p. 100) des 5,6 millions de fumeurs quotidiens au Canada étaient suffisamment dépendants de la nicotine pour fumer leur première cigarette moins d'une demi-heure après le réveil chaque matin ; un quart d'entre eux (23 p. 100) fumaient moins de *cinq minutes* après s'être réveillés. Dans l'ensemble, les fumeurs quotidiens sont également répartis entre ceux qui envisagent cesser de fumer dans les six mois à venir et ceux qui ne songent même pas à tenter d'arrêter (tableau 41)[3]. Ces fumeurs « songeurs », qui tentent timidement de renoncer[4], se retrouvent à peu près dans la même proportion de fumeurs qu'en 1994[4].

Différences entre les groupes

Parmi les fumeurs supposés invétérés de 25 à 64 ans, il y a peu de variation dans le temps écoulé avant la première cigarette (tableau 41). Le fait que cet indicateur de dépendance *chute* radicalement à 65 ans et plus reflète sans aucun doute un phénomène de survivant, soit la probabilité que les fumeurs quotidiens, surtout ceux qui présentent des niveaux élevés de dépendance ou de consommation quotidienne, sont morts de façon précoce (sujet 79). Toutefois, les fumeurs quotidiens les plus jeunes, surtout entre 12 et 14 ans, sont les plus enclins à envisager de renoncer au tabac. Cela correspond à d'autres enquêtes qui révèlent que les tentatives de cesser de fumer sont plus répandues chez les fumeurs adolescents[2]. Vers 65 ans, relativement peu de fumeurs envisagent de cesser, ce qui constitue un autre exemple, plus pernicieux, de la mentalité de survivant. Dans tous les groupes d'âge, il n'y a pas de différence entre les sexes en ce qui concerne le temps écoulé avant la première cigarette ou l'idée de cesser de fumer.

Il y a une relation *inverse* prononcée entre le statut socio-économique et la dépendance à la nicotine, tout comme il y en a une entre la fréquence de l'usage du tabac et le statut social, tel qu'indiqué par le niveau d'instruction (sujet 40). La dépendance chez les diplômés universitaires, comme l'indique le temps écoulé avant la première cigarette (5 minutes après le réveil), est la moitié moins élevée que chez les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires (figure 41)[3] ; une relation semblable existe quant au revenu adéquat (données non présentées). De même, envisager de renoncer au tabac devient plus fréquent à mesure que s'accroissent le niveau

d'instruction (figure 41) et le revenu (données non présentées). Bien que la dépendance soit un phénomène biologique plutôt que social, ces résultats peuvent refléter l'influence accrue des restrictions imposées face à l'usage du tabac, chez les Canadiens instruits au revenu supérieur (voir le sujet 12). Cela correspond à l'accroissement de la tendance aux tentatives de cesser de fumer, qui suit la hausse du statut social[4].

La variation interprovinciale de la dépendance à la nicotine est moins radicale mais tout de même digne de mention, car elle a des répercussions sur la réussite des campagnes de renoncement au tabac et de l'appui aux restrictions de l'usage du tabac dans les endroits publics. Les niveaux les plus bas de dépendance, comme l'indique le temps écoulé avant la première cigarette, se trouvent en Ontario et en Saskatchewan, où 20 p. 100 des fumeurs quotidiens consomment une cigarette dans les cinq premières minutes après le réveil (tableau 41). Les niveaux les plus élevés sont en Nouvelle-Écosse et au Québec (28 p. 100). C'est en Ontario (54 p. 100 des fumeurs quotidiens) qu'on envisage le plus d'arrêter de fumer, au Québec et à Terre-Neuve (42 p. 100), le moins.

Définitions et méthodes

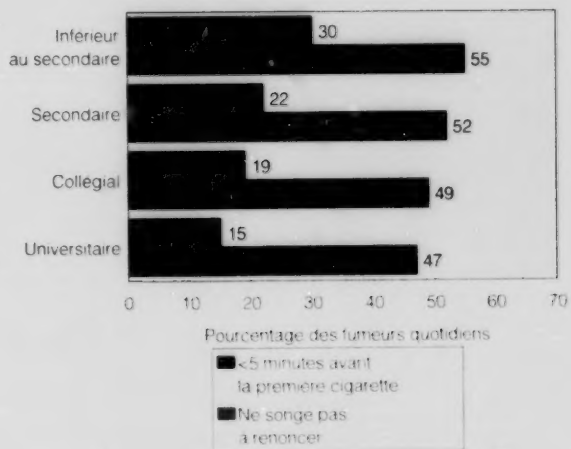
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient participé au premier cycle deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Ces données se fondent sur un échantillon de 18 000 répondants de 12 ans ou plus. L'enquête comprenait aussi un échantillon de 2 000 répondants de moins de 12 ans[5].

Ces questions sur la dépendance n'ont été posées qu'aux fumeurs quotidiens. Le temps écoulé avant la première cigarette est la question clé de l'échelle de dépendance à la nicotine de Fagerström[6], tandis que l'idée de cesser de fumer dans les six prochains mois distingue les « présongeurs » des « songeurs » dans le processus en cinq phases du renoncement[7].

Ouvrages de référence

1. Stephens, M. et J. Siroonian, « Smoking prevalence, quit attempts and successes », *Rapports sur la santé 1998*, n° 9, p. 31-37, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
2. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 1, feuillet n° 9. Profil des personnes qui renoncent au tabac, août 1994.*
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3, feuillet n° 6, Préparation à cesser de fumer, novembre 1994*, Ottawa, février 1995.
5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.
6. Fagerström, K.O., « Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment », *Addictive Behaviors* 1978, n° 3-4, p. 235-241.
7. Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente, « Stages of change in the modification of problem behaviors », *Progress in Behavior Modification*, 1992, n° 28, p. 183-218.

Figure 41 **Dépendance à la nicotine, selon le niveau d'instruction, fumeurs quotidiens de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

d'instruction (figure 41) et le revenu (données non présentées). Bien que la dépendance soit un phénomène biologique plutôt que social, ces résultats peuvent refléter l'influence accrue des restrictions imposées face à l'usage du tabac, chez les Canadiens instruits au revenu supérieur (voir le sujet 12). Cela correspond à l'accroissement de la tendance aux tentatives de cesser de fumer, qui suit la hausse du statut social[4].

La variation interprovinciale de la dépendance à la nicotine est moins radicale mais tout de même digne de mention, car elle a des répercussions sur la réussite des campagnes de renoncement au tabac et de l'appui aux restrictions de l'usage du tabac dans les endroits publics. Les niveaux les plus bas de dépendance, comme l'indique le temps écoulé avant la première cigarette, se trouvent en Ontario et en Saskatchewan, où 20 p. 100 des fumeurs quotidiens consomment une cigarette dans les cinq premières minutes après le réveil (tableau 41). Les niveaux les plus élevés sont en Nouvelle-Écosse et au Québec (28 p. 100). C'est en Ontario (54 p. 100 des fumeurs quotidiens) qu'on envisage le plus d'arrêter de fumer, au Québec et à Terre-Neuve (42 p. 100), le moins.

Définitions et méthodes

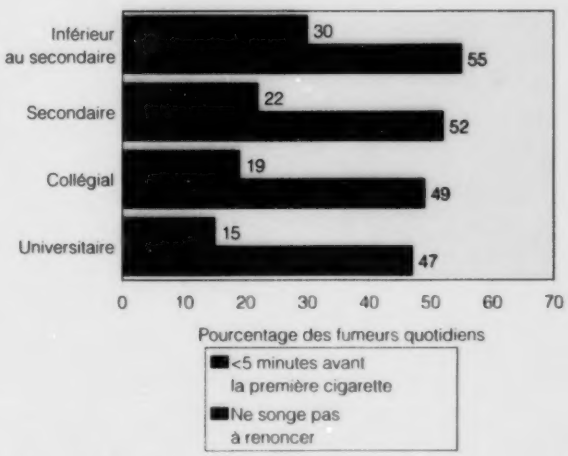
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient participé au premier cycle deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Ces données se fondent sur un échantillon de 18 000 répondants de 12 ans ou plus. L'enquête comprenait aussi un échantillon de 2 000 répondants de moins de 12 ans[5].

Ces questions sur la dépendance n'ont été posées qu'aux fumeurs quotidiens. Le temps écoulé avant la première cigarette est la question clé de l'échelle de dépendance à la nicotine de Fagerström[6], tandis que l'idée de cesser de fumer dans les six prochains mois distingue les « présongeurs » des « songeurs » dans le processus en cinq phases du renoncement[7].

Ouvrages de référence

1. Stephens, M. et J. Siroonian, « Smoking prevalence, quit attempts and successes », *Rapports sur la santé 1998*, n° 9, p. 31-37, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
2. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 1, feuillet n° 9. Profil des personnes qui renoncent au tabac, août 1994.*
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3, feuillet n° 6, Préparation à cesser de fumer, novembre 1994*, Ottawa, février 1995.
5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.
6. Fagerström, K.O., « Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment », *Addictive Behaviors* 1978, n° 3-4, p. 235-241.
7. Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente, « Stages of change in the modification of problem behaviors », *Progress in Behavior Modification*, 1992, n° 28, p. 183-218.

Figure 41 **Dépendance à la nicotine, selon le niveau d'instruction, fumeurs quotidiens de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 41 **Temps écoulé avant la première cigarette du matin et idées de renoncement, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, fumeurs quotidiens de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Temps écoulé avant la première cigarette du matin[a]		Songe à renoncer[a]
		Moins de 5 minutes	6 à 30 minutes	
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**5 686**	**23**	**36**	**49**
Hommes	3 080	24	36	49
Femmes	2 605	23	35	48
Total, 12 à 14 ans	45	#	#	72
Hommes	16	#	#	#
Femmes	29	#	#	#
Total, 15 à 17 ans	242	21	27	56
Hommes	119	21	22	54
Femmes	123	#	32	59
Total, 18 à 19 ans	227	17	25	52
Hommes	119	21	31	55
Femmes	108	12	19	48
Total, 20 à 24 ans	497	20	28	54
Hommes	275	20	26	55
Femmes	222	21	31	54
Total, 25 à 34 ans	1 267	24	33	49
Hommes	672	23	36	48
Femmes	594	26	30	50
Total, 35 à 44 ans	1 553	25	39	49
Hommes	880	26	40	51
Femmes	674	24	39	45
Total, 45 à 54 ans	933	25	38	50
Hommes	519	26	40	51
Femmes	414	25	35	49
Total, 55 à 64 ans	524	26	41	47
Hommes	274	31	39	44
Femmes	250	21	43	51
Total, 65 à 74 ans	298	18	39	32
Hommes	153	18	40	31
Femmes	145	18	38	34
Total, 75 ans et +	100	14	34	30
Hommes	53	#	33	28
Femmes	46	#	35	33
Inférieur au secondaire	1 858	30	36	45
Secondaire	2 403	22	35	48
Collégial	1 006	19	37	51
Universitaire	390	15	27	53
Terre-Neuve	123	23	38	42
Île-du-Prince-Édouard	29	24	37	49
Nouvelle-Écosse	208	28	34	47
Nouveau-Brunswick	162	22	47	43
Québec	1 719	28	33	42
Ontario	1 896	20	37	54
Manitoba	195	21	38	52
Saskatchewan	191	20	40	51
Alberta	520	23	35	50
Colombie-Britannique	642	25	32	53

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Comme pourcentage de tous les fumeurs quotidiens.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

42

Consommation d'alcool

Introduction

Bien que l'incidence de la consommation modérée d'alcool sur la santé ne soit plus un sujet controversé, la consommation excessive d'alcool peut entraîner des problèmes sociaux et de santé (sujets 43 et 44). Les taux élevés d'alcoolémie constituent toujours un facteur important des accidents mortels de la route, surtout chez les jeunes adultes jusqu'à ceux d'âge moyen (sujet 80).

Les risques individuels liés à la consommation d'alcool dépendent du type de buveur, de la quantité consommée et de la fréquence à laquelle on boit. Le présent chapitre traite de ces variables, tandis que le chapitre suivant (sujet 43) fait état de la consommation abusive d'alcool.

Fréquence de la consommation et quantité consommée, 1996-1997

En 1996-1997, 53 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens de 12 ans ou plus ont déclaré avoir consommé au moins un verre par mois au cours de la dernière année (tableau 42a)[1], soit essentiellement l'équivalent des 55 p. 100 déclarés en 1994-1995[2]. Douze pour cent des répondants ont dit n'avoir jamais consommé d'alcool, en 1996-1997. Au total, on compte 12,7 millions de Canadiens qui boivent régulièrement de l'alcool et 2,9 millions qui n'en n'ont jamais consommé ; le reste consiste en des buveurs occasionnels ou d'anciens buveurs[1]. La plupart des buveurs canadiens réguliers ont déclaré consommer entre un et six verres (43 p. 100) par semaine, tandis qu'un autre tiers (32 p. 100) disait en boire moins d'un par semaine, en moyenne. Moins d'un dixième (9 p. 100) des Canadiens de 12 ans ou plus ont avoué prendre 14 consommations ou plus par semaine, soit deux verres ou plus par jour en moyenne[1]. La consommation hebdomadaire moyenne a augmenté depuis 1994-1995, où 44 p. 100 des buveurs réguliers consommaient moins d'un verre par semaine, contre 32 p. 100 en 1996-1997[2].

En 1996-1997, un nombre beaucoup plus grand de buveurs réguliers ou occasionnels ont déclaré boire moins d'une fois par mois (28 p. 100) plutôt que chaque jour (7 p. 100) ou que 4 à 6 fois par semaine (3 p. 100) (tableau 42b)[1]. Ces valeurs générales ont peu changé depuis 1994-1995[2].

Faute de données internationales récentes sur la consommation d'alcool ou la fréquence de celle-ci, on ne peut comparer la situation du Canada à celle d'autres pays.

Différences entre les groupes

Les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes d'être des buveurs réguliers (63 contre 43 p. 100) (tableau 42a). Cela est vrai pour tous les groupes d'âge, mais surtout parmi les 25 à 44 ans, où les trois quarts des hommes (74 p. 100) et la moitié des femmes (49 à 50 p. 100) sont des buveurs réguliers. Les buveurs réguliers masculins affichent aussi une consommation hebdomadaire moyenne plus élevée que les femmes. Les hommes sont une fois et demie plus susceptibles que les femmes de boire entre 7 et 13 verres par semaine (18 contre 12 p. 100) et trois fois plus susceptibles de prendre 14 consommations ou plus chaque semaine (13 contre 4 p. 100).

Les hommes boivent également plus fréquemment que les femmes. Parmi les buveurs réguliers et occasionnels, les hommes sont deux fois plus susceptibles que les femmes de déclarer boire tous les jours (9 contre 4 p. 100) ou 4 à 6 fois par semaine (5 contre 2 p. 100) (tableau 42b). À l'inverse, les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de déclarer une consommation occasionnelle (moins d'une fois par mois) (38 contre 20 p. 100) (figure 42a)[1].

On observe une courbe de distribution normale entre la fréquence de la consommation d'alcool et l'âge. La proportion de buveurs réguliers augmente rapidement à partir des répondants de 12 à 14 ans jusqu'au groupe des 20 à 24 ans, se stabilise, puis commence à diminuer chez les Canadiens de 55 à 64 ans. Moins du tiers (30 p. 100) des Canadiens de 75 ans et plus admettent consommer de l'alcool au moins une fois par mois. La quantité d'alcool consommée chaque semaine par les buveurs réguliers est moins nettement reliée à l'âge ; les personnes de 20 à 24 ans et de 55 à 64 ans constituent les seuls groupes d'âge à nettement excéder la moyenne nationale de 14 verres ou plus par semaine (tableau 42a).

Parmi les buveurs réguliers cependant, la consommation *quotidienne* augmente considérablement avec l'âge tant chez les hommes que les femmes. De 13 à 16 p. 100 des buveurs de 55 ans et plus boivent chaque jour, contre seulement 1 p. 100 des 20 à 24 ans (tableau 42b).

Il y a une relation *positive* entre la consommation d'alcool régulière et le niveau d'instruction. À mesure que ce dernier augmente, la probabilité que les Canadiens soient des buveurs réguliers augmente également. Les diplômés universitaires sont les plus susceptibles de boire au moins une fois par mois (61 p. 100), alors que les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont les moins susceptibles (44 p. 100) de boire à ce rythme (tableau 42a)[1]. Le lien entre la quantité consommée et le niveau d'instruction est similaire, quoique moins prononcé : la probabilité de prendre une consommation ou plus par semaine augmente avec le niveau d'instruction. Toutefois, les diplômés universitaires sont moins enclins à consommer 14 verres ou plus par semaine.

La consommation hebdomadaire (4 fois et plus) ne présente pas de différences liées au niveau d'instruction, mais les personnes n'ayant pas achevé d'études secondaires sont deux fois plus susceptibles que les diplômés universitaires de boire moins d'une fois par mois seulement (tableau 42b).

Il y a également un lien positif prononcé entre la consommation régulière d'alcool et le revenu (figure 42b)[1]. Les gens du groupe au revenu inférieur sont les moins susceptibles (40 p. 100) d'être des buveurs réguliers et les plus susceptibles d'être abstinents (18 p. 100), alors que ceux du groupe au revenu supérieur sont de loin les plus susceptibles (68 p. 100) d'être des buveurs réguliers et le moins susceptibles (9 p. 100) d'être abstinents. Les personnes au revenu supérieur sont aussi les moins susceptibles de consommer en moyenne moins d'un verre par semaine[1].

Environ 5 p. 100 des buveurs de la catégorie de revenu inférieur sont des buveurs quotidiens contre 9 p. 100 des buveurs de la catégorie de revenu supérieur (données non présentées)[1]. En outre, les buveurs au revenu inférieur sont aussi deux fois plus susceptibles de boire moins d'une fois par mois, comparativement aux buveurs au revenu supérieur.

On observe des variations interprovinciales importantes en ce qui touche la consommation d'alcool. Le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard se situent bien au-dessous de la moyenne pour ce qui est du taux de consommation régulière (42 et 44 p. 100 respectivement) ; le Québec et la Colombie-Britannique affichent des taux supérieurs à la moyenne (57 et 56 p. 100, respectivement) (tableau 42a). Les résidents de Terre-Neuve et de l'Ontario sont les plus susceptibles (14 p. 100) d'être abstinents ; les buveurs de la Colombie-Britannique sont les plus susceptibles d'avoir bu un verre ou plus par semaine, tandis que ceux du Nouveau-Brunswick y sont les moins portés. Les résidents de la Nouvelle-Écosse (12 p. 100), de Terre-Neuve et du Manitoba (11 p. 100 chacune) qui consomment de l'alcool sont les plus susceptibles d'en avoir bu 14 verres ou plus par semaine, comparativement aux résidents des autres provinces.

On note aussi de grandes variations interprovinciales quant à la fréquence de la consommation d'alcool. La Colombie-Britannique et l'Ontario comptent les taux les plus élevés de buveurs quotidiens (8 p.100), bien que ces taux excèdent à peine la moyenne nationale (tableau 42b). De même, quoique les Ontariens soient légèrement au-dessus de la moyenne en ce qui concerne le taux des buveurs quotidiens, ils sont les moins susceptibles d'avouer boire régulièrement 5 ou 6 verres en une seule occasion (sujet 43).

En 1994-1995, 59 p. 100 des Autochtones dans les Territoires étaient déclarées buveurs réguliers ou occasionnels, tandis que les non-Autochtones qui résidaient dans les Territoires étaient aussi susceptibles que les Canadiens plus au sud d'être des buveurs (78 et 75 p. 100, respectivement)[3]. Toutefois, d'autres études indiquent que les Autochtones qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles que les non-Autochtones de boire cinq verres ou plus[4] en une seule occasion (voir aussi le sujet 43).

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[5].

Lorsque le type de buveur est décrit, on met l'accent sur les buveurs réguliers, soit les personnes qui déclarent avoir bu au moins un verre chaque mois, et sur les abstinents à vie. Les données sur le nombre de verres consommés par semaine sont fondées seulement sur les répondants qui sont des buveurs réguliers. Un verre a été défini pour les répondants comme étant une bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût, un verre de vin ou de vin panaché, ou un verre d'une once et demie d'alcool pur ou dilué.

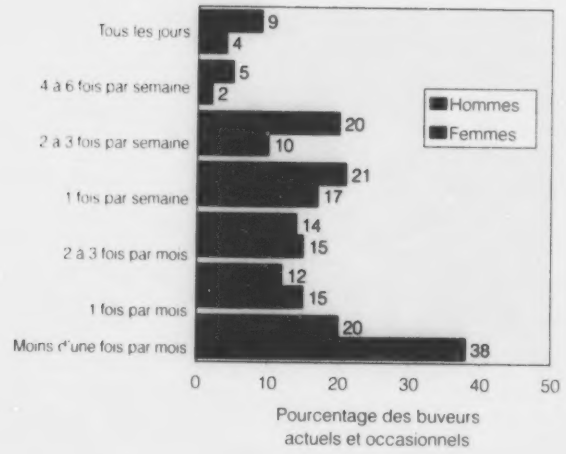
Les questions sur la fréquence de la consommation ont été posées tant aux buveurs occasionnels que réguliers. Les buveurs occasionnels consomment moins d'un verre par mois. La définition du buveur régulier diffère de celle utilisée dans les enquêtes précédentes au Canada, ce qui rend impossible l'analyse des tendances avant 1994-1995.

Il est généralement accepté que la fréquence de la consommation (ainsi que la quantité consommée) sont sous-déclarées lors des enquêtes auprès des ménages.

Ouvrages de référence

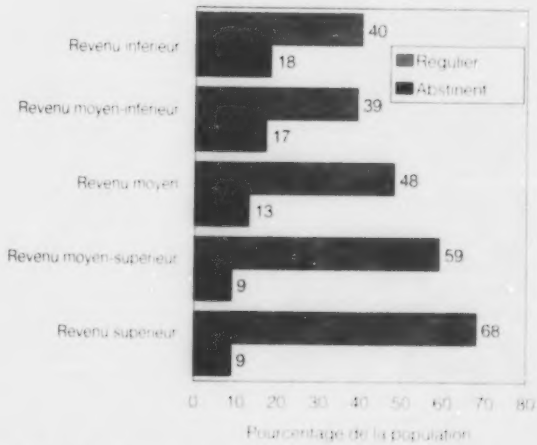
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Diverty, B. et C. Perez, « The Health of Northern Residents », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, printemps 1998, vol. 9 n° 4, p. 49-58, n° de catalogue 82-003-XPB.
4. Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, *1996 NWT Alcohol and Drug Survey*, rapport n° 1, Yellowknife, 1996.
5. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 42a **Fréquence de la consommation d'alcool, selon le sexe, l'âge, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 42b **Type de buveur, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–97**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[5].

Lorsque le type de buveur est décrit, on met l'accent sur les buveurs réguliers, soit les personnes qui déclarent avoir bu au moins un verre chaque mois, et sur les abstinents à vie. Les données sur le nombre de verres consommés par semaine sont fondées seulement sur les répondants qui sont des buveurs réguliers. Un verre a été défini pour les répondants comme étant une bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût, un verre de vin ou de vin panaché, ou un verre d'une once et demie d'alcool pur ou dilué.

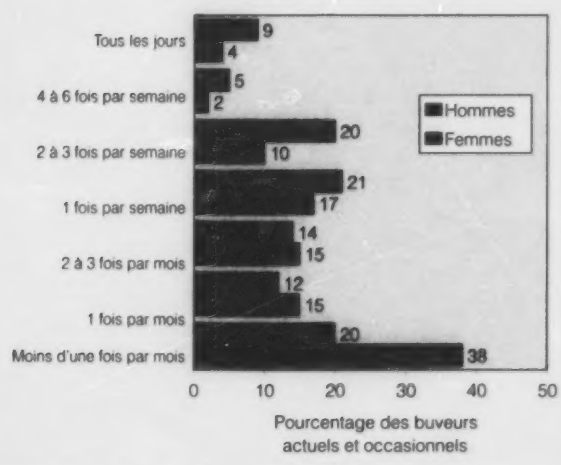
Les questions sur la fréquence de la consommation ont été posées tant aux buveurs occasionnels que réguliers. Les buveurs occasionnels consomment moins d'un verre par mois. La définition du buveur régulier diffère de celle utilisée dans les enquêtes précédentes au Canada, ce qui rend impossible l'analyse des tendances avant 1994-1995.

Il est généralement accepté que la fréquence de la consommation (ainsi que la quantité consommée) sont sous-déclarées lors des enquêtes auprès des ménages.

Ouvrages de référence

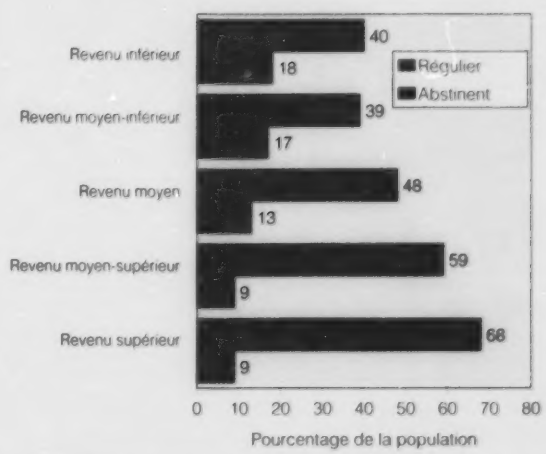
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Diverty, B. et C. Perez, « The Health of Northern Residents », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, printemps 1998, vol. 9 n° 4, p. 49-58, n° de catalogue 82-003-XPB.
4. Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, *1996 NWT Alcohol and Drug Survey*, rapport n° 1, Yellowknife, 1996.
5. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 42a **Fréquence de la consommation d'alcool, selon le sexe, l'âge, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 42b **Type de buveur, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–97**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 42a. **Type de buveur et quantité d'alcool consommée par semaine, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge)[a] et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Type de buveur		Nombre de verres par semaine			
		Régulier	Abstinent	<1	1–6	7–13	14+
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 353**	**53**	**12**	**32**	**43**	**16**	**9**
Hommes	11 983	63	9	29	40	18	13
Femmes	12 370	43	15	36	48	12	4
Total, 12 à 14 ans	1 143	5	60	63	#	#	#
Hommes	575	6	59	65	#	#	#
Femmes	568	4	62	60	#	#	#
Total, 15 à 17 ans	1 278	31	23	54	30	8	8
Hommes	678	32	24	54	28	7	11
Femmes	600	30	22	53	33	9	#
Total, 18 à 19 ans	823	61	9	46	29	17	9
Hommes	401	65	10	44	26	17	13
Femmes	422	56	8	48	31	16	4
Total, 20 à 24 ans	1 849	68	8	35	34	17	14
Hommes	938	76	6	27	32	19	22
Femmes	911	59	10	45	35	15	5
Total 25 à 34 ans	4 440	61	7	34	45	13	8
Hommes	2 194	74	5	31	41	16	12
Femmes	2 246	49	8	38	50	9	3
Total, 35 à 44 ans	5 185	62	6	28	49	14	9
Hommes	2 620	74	3	26	45	18	12
Femmes	2 565	50	10	32	56	9	4
Total 45 à 54 ans	3 734	60	8	30	45	17	8
Hommes	1 902	70	6	29	40	19	12
Femmes	1 832	49	11	31	53	13	3
Total, 55 à 64 ans	2 529	52	10	29	42	17	12
Hommes	1 212	64	7	27	38	18	17
Femmes	1 317	41	13	31	47	16	6
Total 65 à 74 ans	2 070	43	13	28	41	22	9
Hommes	920	54	7	26	36	24	13
Femmes	1 151	34	18	30	47	19	3
Total, 75 ans et +	1 302	30	20	32	40	21	7
Hommes	544	41	10	29	42	23	7
Femmes	758	23	27	36	38	18	8
Inférieur au secondaire	7 446	44	15	37	37	16	11
Secondaire	9 216	56	8	35	41	15	9
Collégial	4 099	55	6	27	39	15	9
Universitaire	3 437	61	7	24	43	15	7
Terre-Neuve	477	48	14	28	44	16	11
Île-du-Prince-Édouard	113	44	11	33	40	17	10
Nouvelle-Écosse	773	47	13	36	36	17	12
Nouveau-Brunswick	630	42	13	38	38	13	10
Québec	6 070	57	10	32	45	14	9
Ontario	9 190	52	14	34	41	16	9
Manitoba	893	52	13	32	41	17	11
Saskatchewan	795	54	10	32	45	14	8
Alberta	2 226	52	13	32	44	16	9
Colombie-Britannique	3 186	56	9	26	46	18	10

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Le total peut différer de 100 % en raison de la suppression de quelques cas dans le calcul des taux normalisés.

[b] Pourcentage des buveurs réguliers (les personnes qui consomment un verre ou plus par mois).

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 42b **Fréquence de la consommation d'alcool, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, buveurs réguliers et occasionnels de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Moins d'une fois par mois	4 à 6 fois par semaine	Tous les jours
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**18 097**	**28**	**3**	**7**
Hommes	9 447	20	5	9
Femmes	8 650	38	2	4
Total, 12 à 14 ans	283	79	0	0
Hommes	144	77	0	0
Femmes	139	82	0	0
Total, 15 à 17 ans	803	51	#	#
Hommes	422	49	#	#
Femmes	381	52	0	#
Total, 18 à 19 ans	694	28	#	#
Hommes	333	21	#	#
Femmes	361	34	#	#
Total, 20 à 24 ans	1 584	21	3	1
Hommes	833	15	5	2
Femmes	751	28	#	#
Total 25 à 34 ans	3 692	27	3	3
Hommes	1 917	16	4	4
Femmes	1 775	38	1	2
Total, 35 à 44 ans	4 248	24	4	5
Hommes	2 263	15	6	7
Femmes	1 985	35	2	2
Total, 45 à 54 ans	2 952	24	4	9
Hommes	1 579	15	6	13
Femmes	1 373	34	3	6
Total, 55 à 64 ans	1 844	29	4	13
Hommes	957	19	5	18
Femmes	887	39	4	8
Total, 65 à 74 ans	1 322	33	4	16
Hommes	660	25	5	23
Femmes	662	41	3	10
Total, 75 ans et +	675	41	4	14
Hommes	339	35	6	16
Femmes	336	48	#	13
Inférieur au secondaire	4 345	35	3	7
Secondaire	7 343	28	3	6
Collégial	3 392	23	3	7
Universitaire	2 929	17	5	8
Terre-Neuve	337	32	#	#
Île-du-Prince-Édouard	77	35	#	#
Nouvelle-Écosse	566	35	#	#
Nouveau-Brunswick	435	39	#	#
Québec	4 676	26	4	6
Ontario	6 688	29	3	8
Manitoba	659	30	2	6
Saskatchewan	577	26	#	#
Alberta	1 650	30	3	5
Colombie-Britannique	2 433	27	5	8

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

43

Consommation excessive d'alcool

Introduction

L'incidence de la consommation d'alcool sur la santé demeure un sujet controversé, mais il est indéniable que la consommation excessive d'alcool n'est pas saine, car elle peut entraîner des problèmes de santé aigus et chroniques (sujet 76), voire la mort (sujet 80).

Le présent chapitre décrit la consommation excessive d'alcool, en particulier, la fréquence de la consommation excessive régulière d'alcool au Canada, ainsi que les données limitées disponibles sur les raisons de cesser de boire à l'excès.

Fréquence de la consommation excessive d'alcool, 1996-1997

En 1996-1997, 18 p. 100 des buveurs actuels de 12 ans et plus ont bu cinq verres ou plus en une occasion, 12 fois ou plus au cours des 12 derniers mois. Cela équivaut environ à 3,2 millions de personnes qui se classeraient comme buveurs excessifs qui s'enivrent régulièrement (au moins une fois par mois au Canada). En fait, 6 p. 100 des buveurs actuels de 1996-1997 buvaient dans cette mesure chaque semaine. Près du quart (24 p. 100) buvaient excessivement (5 verres ou plus en une occasion) entre une et onze fois l'année dernière, tandis que la majorité (58 p. 100) des buveurs actuels déclaraient ne pas boire autant même en une seule occasion (tableau 43a)[1]. En 1994-1995, 14 p. 100 des buveurs actuels étaient des buveurs excessifs réguliers, soit une proportion plus faible que les 18 p. 100 déclarés en 1996-1997[2].

L'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* demandait aux répondants qui disaient ne pas avoir pris un verre au cours des 12 derniers mois s'ils avaient déjà bu régulièrement 12 verres ou plus par semaine, et, le cas échéant, pourquoi ils avaient cessé de boire. La réponse la plus fréquente de ceux qui avaient cessé de boire était qu'ils « buvaient trop » (40 p. 100). Près du quart (22 p. 100) avaient cessé parce que l'alcool nuisait à leur santé physique, et un sur six (17 p. 100), parce que cela affectait leur vie familiale (figure 43a)[1].

Une enquête canadienne de 1994 posait des questions du questionnaire CAGE, mis au point en 1970 et reconnu comme étant un outil simple pour déceler la dépendance à l'alcool[3]. Parmi les buveurs actuels soumis au test CAGE, un total de 6 p. 100 ont eu un résultat positif pour l'année précédant le test, en 1994. La proportion de la population qui déclarait des problèmes reliés à l'alcool dans un ou plusieurs domaines de leur vie était sept fois plus élevée chez les buveurs qui ont un résultat positif que chez ceux qui en ont un négatif. Environ 85 p. 100 des répondants ayant obtenu un résultat positif n'avaient pas recouru à une forme d'aide pour leur alcoolisme. En général, on estimait que 4 p. 100 des Canadiens avaient une dépendance à l'alcool en 1994.

Faute de données internationales, on ne peut comparer la situation actuelle du Canada à celle d'autres pays. Il n'existe pas non plus de données sur la consommation excessive d'alcool des Autochtones, bien que ceux-ci soient plus susceptibles que les non-Autochtones de prendre cinq verres ou plus, lorsqu'ils consomment de l'alcool[4].

Différences entre les groupes

Les hommes sont beaucoup plus portés que les femmes à déclarer qu'ils boivent régulièrement de façon excessive. Les buveurs actuels du sexe masculin sont deux fois et demie plus enclins que les femmes qui boivent à reconnaître avoir consommé cinq verres ou plus en une seule occasion, 12 fois ou plus au cours de la dernière année (25 contre 10 p. 100) et trois fois plus susceptibles d'avoir bu à l'excès 52 fois ou plus au cours de la dernière année (9 contre 3 p. 100) (tableau 43a). Quoi qu'il en soit, la consommation excessive régulière d'alcool chez les femmes a augmenté

proportionnellement plus que chez les hommes entre 1994-1995 et 1996-1997[1,2].

La consommation excessive régulière d'alcool est très courante chez les jeunes au Canada. Plus du tiers (36 p. 100) des jeunes buveurs actuels de 20 à 24 ans ont pris 5 consommations ou plus au moins 12 fois au cours de la dernière année (tableau 43a)[1]. Plus d'un sur dix (13 p. 100) de ces jeunes ont en fait consommé de l'alcool en quantité excessive 52 fois ou plus au cours de la dernière année. Un cinquième (20 p. 100) des jeunes buveurs adolescents (de 15 à 17 ans) déclarent aussi boire régulièrement à l'excès, même s'ils ne sont pas majeurs, de même qu'environ un tiers (34 p. 100) des adolescents de 18 et 19 ans. Les différences liées au sexe parmi les jeunes pour ce qui est de la consommation abusive régulière sont légèrement moins prononcées que la variation globale ; cependant, les jeunes de 18 à 24 ans sont toujours environ une fois et demie plus portés que les jeunes femmes à déclarer qu'ils boivent à l'excès de façon régulière. La proportion des femmes de 20 à 24 ans classées buveuses excessives régulières a cependant presque doublé de 1994-1995 à 1996-1997[1,2]. La consommation excessive régulière est très rare chez les Canadiens âgés ; 94 p. 100 du groupe des 65 à 74 ans et 98 p. 100 des personnes de 75 ans ou plus ne boivent jamais à l'excès, ou ont bu excessivement moins d'une fois par mois au cours de la dernière année[1].

Les diplômés universitaires canadiens sont les moins susceptibles de déclarer qu'ils consomment régulièrement de l'alcool en quantité excessive. Un cinquième des Canadiens (21 p. 100) n'ayant pas terminé leurs études secondaires boivent régulièrement à l'excès, contre à peine 12 p. 100 des buveurs actuels diplômés universitaires (tableau 43a)[1]. Un pourcentage moins important (8 p. 100) de buveurs actuels canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont bu excessivement 52 fois ou plus au cours de la dernière année, soit quand même le double du pourcentage comparable de diplômés universitaires.

On observe d'importantes variations interprovinciales en ce qui touche la consommation excessive régulière d'alcool, allant d'un plancher de 16 p. 100 en Ontario à un plafond de 28 p. 100 à Terre-Neuve (tableau 43a)[1]. Plus du quart (26 p. 100) des buveurs actuels de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse ont déclaré avoir consommé de l'alcool à 12 occasions ou plus, durant la dernière année. Un buveur actuel sur dix de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse a bu à l'excès au moins 52 fois durant la dernière année.

On note une variation intéressante entre les personnes, surtout chez les hommes, selon le type de ménage (figure 43b)[1]. Plus du quart des personnes vivant dans un couple sans enfant ont bu à l'excès au moins 12 fois durant la dernière année, comparativement à seulement 16 p. 100 des personnes dans un couple ayant des enfants, à 19 p. 100 des personnes seules et à 17 p. 100 des chefs de famille monoparentale. Dans chaque type de ménage, les hommes sont deux fois ou plus susceptibles que les femmes d'être des buveurs excessifs réguliers. Un homme sur six dans un couple sans enfant a bu excessivement 52 fois ou plus durant la dernière année, comparativement au minimum de 7 p. 100 des hommes dans un couple ayant des enfants (données non présentées).

En 1994, lorsque toutes les caractéristiques démographiques étaient contrôlées simultanément, les hommes, ceux qui n'avaient complété leur secondaire, et les résidents de toutes les régions sauf l'Ontario avaient été jugés à risque assez élevé (risque relatif>1,6) d'un résultat positif au questionnaire CAGE (tableau 43b)[1].

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[5].

Les buveurs actuels sont les répondants qui déclarent boire au moins un verre chaque mois. La consommation excessive d'alcool est fondée sur ceux qui déclarent boire cinq verres ou plus en une seule occasion. Les buveurs excessifs réguliers sont ceux qui déclarent avoir bu cette quantité 12 fois ou plus au cours de la dernière année.

L'échantillon restreint des anciens buveurs réguliers de 12 verres ou plus par semaine empêche une analyse approfondie des raisons de cesser de boire.

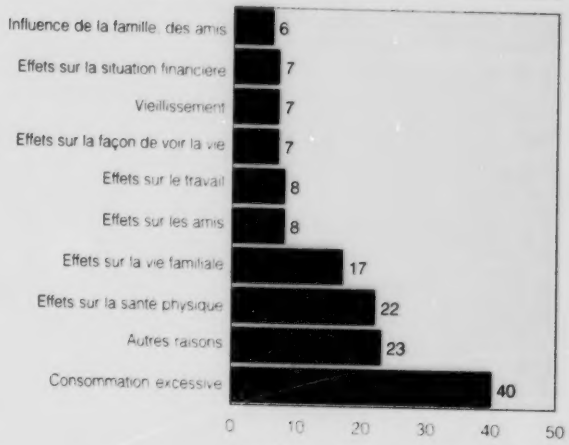
Les raisons multiples étaient acceptées à cette question.

Le questionnaire CAGE est une analyse secondaire des données de *l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* (ECCAD), qui a été menée en octobre 1994[3]. La base de sondage incluait les Canadiens de 15 ans ou plus qui résidaient dans une des dix provinces et qui n'habitaient pas à plein temps dans un établissement. Dans l'ECCAD, les questions CAGE étaient posées relativement à l'expérience du répondant dans les 12 mois précédant l'enquête. Un point de découpage de deux réponses affirmatives ou plus au questionnaire CAGE équivalait à un résultat positif. On entendait par buveurs actuels ceux qui avaient consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'ECCAD. Le questionnaire CAGE a été administré à tous les buveurs actuels dont la fréquence de consommation était d'au moins une fois par mois, ou qui consommaient au moins trois verres les jours où ils buvaient.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Poulin, C., I. Webster et E. Single, « Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, vol. 157, nº 11, p. 1529-1535 (« CAGE » est un acronyme des mots clés des questions en anglais, qu'on peut traduire librement ainsi : Avez-vous senti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous senti irrité parce qu'on vous critiquait au sujet de votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous senti coupable à cause de votre consommation d'alcool ? Avez-vous senti le besoin de consommer de l'alcool dès votre réveil le matin ?)
4. Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, *1996 NWT Alcohol and Drug Survey*, rapport nº 1, Yellowknife, 1996.
5. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

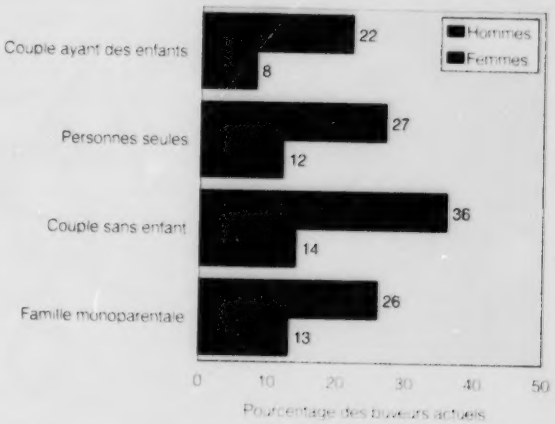
Figure 43a **Motifs d'abandon de l'alcool*, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Le total des pourcentages excède 100 % en raison des réponses multiples.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 43b **Consommation excessive régulière* d'alcool, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge) et le sexe, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Buveurs actuels qui prennent 5 consommations ou plus en une seule occasion, au moins une fois par mois.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

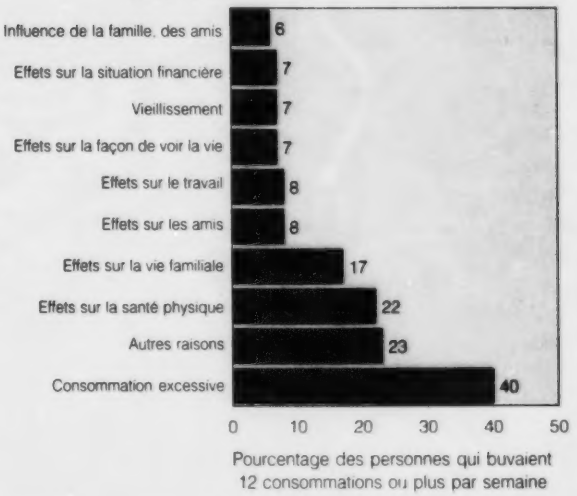
Les raisons multiples étaient acceptées à cette question.

Le questionnaire CAGE est une analyse secondaire des données de *l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* (ECCAD), qui a été menée en octobre 1994[3]. La base de sondage incluait les Canadiens de 15 ans ou plus qui résidaient dans une des dix provinces et qui n'habitaient pas à plein temps dans un établissement. Dans l'ECCAD, les questions CAGE étaient posées relativement à l'expérience du répondant dans les 12 mois précédant l'enquête. Un point de découpage de deux réponses affirmatives ou plus au questionnaire CAGE équivalait à un résultat positif. On entendait par buveurs actuels ceux qui avaient consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'ECCAD. Le questionnaire CAGE a été administré à tous les buveurs actuels dont la fréquence de consommation était d'au moins une fois par mois, ou qui consommaient au moins trois verres les jours où ils buvaient.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Poulin, C., I. Webster et E. Single, « Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, vol. 157, n° 11, p. 1529-1535 (« CAGE » est un acronyme des mots clés des questions en anglais, qu'on peut traduire librement ainsi : Avez-vous senti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous senti irrité parce qu'on vous critiquait au sujet de votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous senti coupable à cause de votre consommation d'alcool ? Avez-vous senti le besoin de consommer de l'alcool dès votre réveil le matin ?)
4. Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, *1996 NWT Alcohol and Drug Survey*, rapport n° 1, Yellowknife, 1996.
5. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

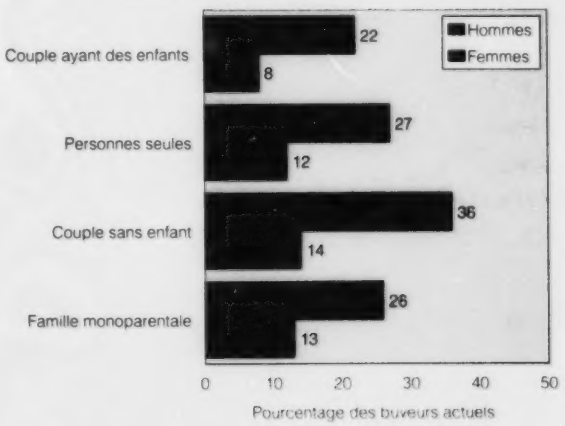
Figure 43a **Motifs d'abandon de l'alcool*, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Le total des pourcentages excède 100 % en raison des réponses multiples.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 43b **Consommation excessive régulière* d'alcool, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge) et le sexe, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



* Buveurs actuels qui prennent 5 consommations ou plus en une seule occasion, au moins une fois par mois.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 43a **Fréquence de la consommation excessive d'alcool[a], selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, buveurs actuels[b], population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Nombre de fois au cours des 12 derniers mois			
		Jamais	Moins d'une fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois ou plus par semaine
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**17 987**	**58**	**24**	**12**	**6**
Hommes	9 380	48	27	16	9
Femmes	8 607	70	20	7	3
Total, 12 à 14 ans	282	85	12	#	#
Hommes	143	84	13	#	#
Femmes	139	85	11	#	#
Total, 15 à 17 ans	797	50	29	16	4
Hommes	421	47	31	17	5
Femmes	377	54	27	15	#
Total, 18 à 19 ans	689	35	31	22	12
Hommes	331	29	31	24	17
Femmes	358	41	32	20	7
Total, 20 à 24 ans	1 568	32	32	23	13
Hommes	820	25	29	27	18
Femmes	748	40	34	19	7
Total, 25 à 34 ans	3 668	47	32	14	8
Hommes	1 904	35	35	19	11
Femmes	1 763	60	28	8	3
Total, 35 à 44 ans	4 232	56	26	12	6
Hommes	2 254	43	30	17	9
Femmes	1 978	71	21	6	2
Total, 45 à 54 ans	2 934	65	21	10	4
Hommes	1 567	53	26	15	6
Femmes	1 367	79	15	5	1
Total, 55 à 64 ans	1 831	73	15	7	5
Hommes	951	59	23	10	8
Femmes	879	88	7	3	2
Total, 65 à 74 ans	1 315	86	8	3	2
Hommes	652	78	12	6	4
Femmes	662	94	4	#	#
Total, 75 ans et +	672	94	4	#	#
Hommes	337	90	6	#	#
Femmes	335	97	#	#	#
Inférieur au secondaire	4 325	55	24	13	8
Secondaire	7 294	57	25	12	7
Collégial	3 369	61	22	12	5
Universitaire	2 912	66	22	8	4
Terre-Neuve	337	47	25	18	10
Île-du-Prince-Édouard	77	52	25	18	#
Nouvelle-Écosse	564	49	25	16	10
Nouveau-Brunswick	434	53	26	13	8
Québec	4 643	61	22	11	6
Ontario	6 638	61	23	10	6
Manitoba	654	52	28	12	7
Saskatchewan	576	52	22	17	9
Alberta	1 636	52	29	12	6
Colombie-Britannique	2 428	56	25	13	6

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Le fait de prendre plus de cinq consommations en une seule occasion est considéré comme étant une consommation excessive.

[b] Les buveurs actuels sont ceux qui ont bu au moins une fois au cours des 12 derniers mois..

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 43b **Résultats du modèle ajusté d'analyse multivariée. Probabilité d'obtenir un résultat positif au questionnaire CAGE selon le sexe, l'âge, la région et le niveau d'instruction, buveurs actuels de 15 ans ou plus, Canada 1994**

	Rapport de cotes
Hommes	1,72
Femmes	1,00
15 à 17 ans	0,67
18 à 19 ans	0,73
20 à 24 ans	1,07
25 à 34 ans	0,88
35 à 44 ans	1,00
45 à 54 ans	0,96
55 à 64 ans	0,62
65 ans et +	0,32
Atlantique	2,09
Québec	2,90
Ontario	1,00
Prairies	2,17
Colombie-Britannique	1,64
Inférieur au secondaire	2,01
Secondaire	1,29
Collégial	1,22
Universitaire	1,00
Non déclaré	1,00

Source: Poulin C., I. Webster et E. Single. « Alcohol Disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire », *Journal de l'Association médicale canadienne*, décembre 1997, vol. 157, nº 11, p. 1529-1535.

44

Conduite avec facultés affaiblies

Introduction

Chaque année, au Canada, des milliers de vie sont perdues dans des accidents de la route, et nombre de ces décès surviennent parmi les jeunes (sujet 83). Des milliers d'autres sont blessés dans des collisions (sujet 63). Bon nombre de ces accidents sont le résultat malheureux de la conduite avec facultés affaiblies (sujet 80). Dans un effort pour empêcher ces décès inutiles, les administrations fédérale, provinciales et territoriales ont renforcé leurs politiques d'application de la loi sur la conduite avec facultés affaiblies et lancé des campagnes médiatiques pour sensibiliser davantage la population aux dangers de l'alcool au volant.

Le présent chapitre porte sur la fréquence de la conduite avec facultés affaiblies au Canada.

Fréquence de la conduite avec facultés affaiblies, 1996-1997

En 1996-1997, un peu plus de 15 millions de Canadiennes et de Canadiens de 16 ans ou plus détenaient un permis de conduire et étaient considérés comme des buveurs actuels[1]. Dans les 12 derniers mois, 10 p. 100 d'entre eux avaient bu trop d'alcool, selon leur propre dire, et avaient quand même conduit (tableau 44)[1] ; cela représente environ 1,5 million de Canadiens qui ont reconnu avoir conduit après avoir bu. Environ 3 p. 100 de ces Canadiens détenteurs d'un permis et buveurs actuels déclaraient avoir trop bu puis conduit au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois.

Dans l'ensemble, deux tiers des automobilistes participent à des rencontres sociales où ils consomment de l'alcool[1]. Quelque 60 p. 100 d'entre eux disent *toujours* prendre des dispositions et nommer un chauffeur désigné (figure 44a)[1].

Bien qu'il y ait des données sur les tendances de la conduite avec facultés affaiblies, les questions et les méthodes des enquêtes ne sont pas toujours les mêmes. Faute de données internationales, on ne peut comparer la situation du Canada à celle d'autres pays. Il n'y a pas non plus de données fiables sur la conduite avec facultés affaiblies pour la population autochtone.

Différences entre les groupes

Les hommes sont presque trois fois plus susceptibles que les femmes de déclarer qu'ils ont conduit avec des facultés affaiblies au cours des 12 mois précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* (13 contre 5 p. 100) (tableau 44)[1]. Cette différence est plus prononcée pour les personnes de 35 à 44 ans, où 17 p. 100 des hommes ont conduit après avoir bu à l'excès au moins une fois au cours des 12 derniers mois, contre 5 p. 100 des femmes du même âge.

Les Canadiens de 18 et 19 ans sont les plus susceptibles de déclarer avoir pris le volant après avoir trop bu (18 p. 100), pourcentage qui baisse avec chaque groupe d'âge, pour un minimum de 1 p. 100 chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (tableau 44). Cela semble contredire les données de 1990, où la conduite après avoir consommé *n'importe quelle quantité d'alcool* était plus répandue chez les 25 à 44 ans[2]. Toutefois, puisque l'enquête actuelle demandait de juger la consommation *excessive*, cela peut indiquer que les jeunes Canadiens obéissent à des définitions plus strictes de la conduite avec facultés affaiblies.

La conduite avec facultés affaiblies au cours des 12 mois précédents ne semble avoir aucun lien avec le niveau d'instruction (tableau 44), et les différences selon le revenu sont minimes. Par exemple, 9 p. 100 des personnes du groupe au revenu inférieur ont conduit *au moins une fois* après avoir bu au cours des 12 derniers mois, contre 12 p. 100 de celles du groupe au revenu supérieur (données non présentées)[1].

Il existe des variations provinciales importantes quant à la fréquence de la conduite avec facultés affaiblies. Plus du cinquième (21 p. 100) des résidents de la Saskatchewan de 16 ans ou plus, qui détiennent un permis de conduire et sont des buveurs actuels, ont déclaré avoir pris le volant après avoir bu *au moins* une fois au cours des 12 mois précédents, contre seulement 7 p. 100 des conducteurs de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario (tableau 44). Les autres provinces des Prairies ont également déclaré des niveaux légèrement supérieurs à la moyenne de conduite avec facultés affaiblies. Ces classements sont semblables aux données de 1990[2], à l'exception de l'Ontario, qui a amélioré sa position relative.

La proportion d'automobilistes qui nomment toujours un chauffeur désigné lorsqu'ils vont à des activités sociales où l'on consomme de l'alcool varie énormément entre les provinces (figure 44a)[1]. Ceux du Québec (48 p. 100) et de la Saskatchewan (50 p. 100) sont les moins susceptibles de *toujours* prendre des dispositions en ce sens, tandis que les automobilistes de la Nouvelle-Écosse (75 p. 100) sont les plus susceptibles de le faire. Au Manitoba et en Alberta, les automobilistes sont également sous la moyenne nationale à cet égard.

Les chefs de famille monoparentale sont les plus susceptibles (14 p. 100) d'avoir conduit avec facultés affaiblies au moins une fois au cours des 12 derniers mois, tandis que les personnes dans un couple ayant des enfants sont les moins susceptibles de ce type de conduite (8 p. 100)[1]. Les pères monoparentaux sont les plus enclins (18 p. 100) à conduire avec facultés affaiblies au moins une fois, alors que les femmes dans un couple ayant des enfants sont les moins portées à le faire (3 p. 100) (figure 44b)[1].

Définitions et méthodes

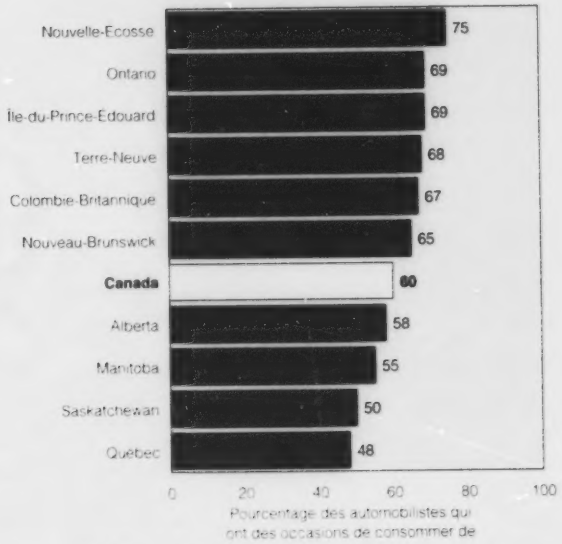
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies[3] de santé. Environ 55 000 répondants de 16 ans ou plus détenaient des permis de conduire en règle.

Puisque le comportement en cause est certainement déraisonnable et qu'il peut être illégal (si la consommation d'alcool mène à l'état d'ébriété), il se peut qu'il y ait sous-déclaration. Aucune réponse d'un tiers (procuration) n'a été acceptée à ces questions, et la définition de « boire trop » a été laissée au répondant. Il est impossible de savoir comment cela correspond à l'état d'ébriété réel.

Ouvrages de référence

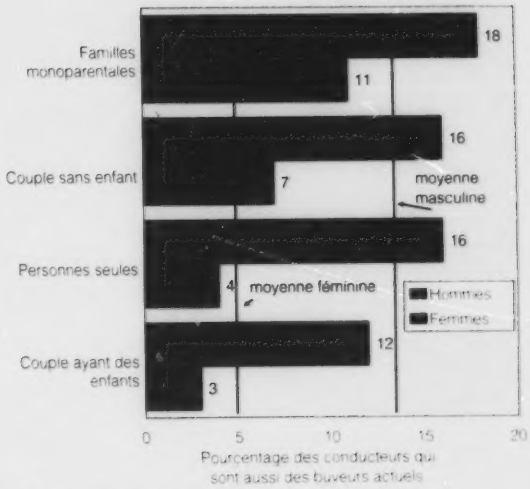
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Adams, O., « La sécurité et la prévention des blessures », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 44a **Automobilistes qui désignent toujours un conducteur lors d'occasions de consommation d'alcool, selon la province, population de 16 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



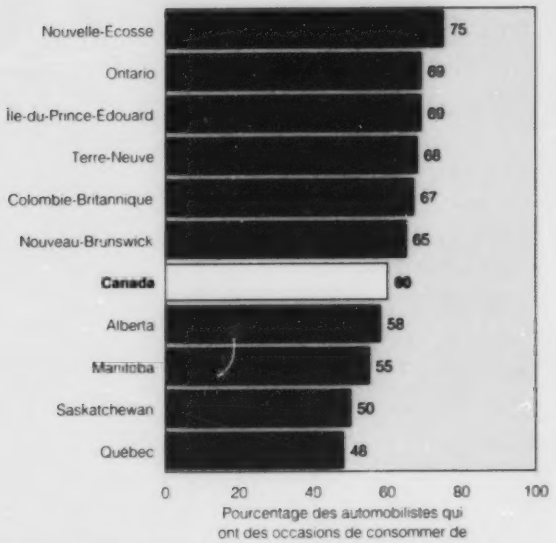
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 44b **Conduite avec facultés affaiblies au moins une fois au cours des 12 derniers mois, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), conducteurs de 16 ans ou plus, qui sont des buveurs actuels, Canada, 1996–1997**



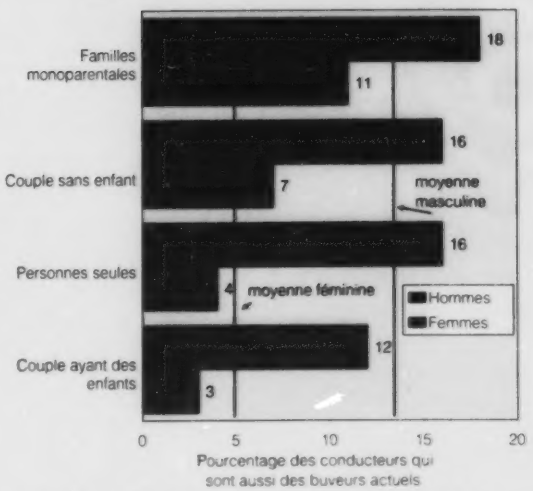
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 44a **Automobilistes qui désignent toujours un conducteur lors d'occasions de consommation d'alcool, selon la province, population de 16 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 44b **Conduite avec facultés affaiblies au moins une fois au cours des 12 derniers mois, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), conducteurs de 16 ans ou plus, qui sont des buveurs actuels, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 44 **Fréquence de conduite avec facultés affaiblies, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, conducteurs avec permis de 16 ans ou plus, qui sont des buveurs actuels, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Fréquence de conduite avec facultés affaiblies au cours des 12 derniers mois				
		0	1	2	3+	1+
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 16 ans ou +	**15 188**	**90**	**4**	**3**	**3**	**10**
Hommes	8 269	86	5	4	4	13
Femmes	6 919	95	3	1	1	5
Total, 16 à 17 ans	288	91	#	#	#	9
Hommes	152	93	#	#	#	7
Femmes	136	89	#	#	#	#
Total, 18 à 19 ans	491	82	9	3	6	18
Hommes	259	83	7	4	5	17
Femmes	232	81	10	#	#	19
Total, 20 à 24 ans	1 352	84	6	4	5	16
Hommes	722	77	8	6	8	22
Femmes	631	91	4	2	#	8
Total, 25 à 34 ans	3 364	88	5	4	3	12
Hommes	1 783	83	6	6	5	17
Femmes	1 581	93	4	2	1	7
Total, 35 à 44 ans	3 986	88	5	3	3	11
Hommes	2 160	83	6	5	5	17
Femmes	1 825	95	3	1	1	5
Total, 45 à 54 ans	2 708	93	3	2	1	7
Hommes	1 467	89	5	3	2	10
Femmes	1 240	98	1	1	#	2
Total, 55 à 64 ans	1 615	95	2	1	1	5
Hommes	899	92	4	2	2	8
Femmes	717	99	#	#	#	#
Total, 65 à 74 ans	1 003	98	#	#	#	1
Hommes	575	97	#	#	#	2
Femmes	428	100	#	0	#	#
Total, 75 ans et +	380	99	#	#	#	#
Hommes	252	99	#	#	#	#
Femmes	129	100	#	0	0	#
Inférieur au secondaire	2 752	91	3	3	3	9
Secondaire	6 437	90	5	3	3	10
Collégial	3 159	90	4	3	3	10
Universitaire	2 774	92	4	3	2	8
Terre-Neuve	261	92	#	#	#	8
Île-du-Prince-Édouard	67	91	#	#	#	9
Nouvelle-Écosse	474	92	#	#	#	7
Nouveau-Brunswick	370	92	#	#	#	7
Québec	3 797	90	4	2	3	10
Ontario	5 621	92	3	2	2	7
Manitoba	558	87	5	5	4	13
Saskatchewan	509	78	6	6	8	21
Alberta	1 408	88	5	4	3	12
Colombie-Britannique	2 123	89	5	3	#	11

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

45

Drogues illicites

Introduction

La consommation de cannabis (marihuana et haschisch), de cocaïne ou de crack et d'héroïne continue de préoccuper sérieusement les gouvernements, non seulement parce que l'utilisation de ces substances est illégale, mais aussi parce qu'elle peut entraîner des problèmes sociaux et des problèmes de santé (voir le sujet 50), voire la mort, en particulier dans le cas de la cocaïne, du crack et de l'héroïne. La « guerre contre la drogue » actuellement engagée par les gouvernements de la planète en vue de régler ce problème exige des ressources considérables. Cependant, l'efficacité de cette lutte est de plus en plus remise en question et, par conséquent, la notion de réduction des méfaits fait l'objet de discussions plus fréquentes.

Le présent chapitre examine l'étendue de la consommation des drogues illicites au Canada, plus particulièrement de la consommation de cannabis, de cocaïne ou de crack au cours des 12 derniers mois, ainsi que le taux d'infractions fédérales liées à la drogue au pays. Il offre une certaine perspective à ce débat.

Fréquence de la consommation de drogues illicites, 1994

L'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD), menée en 1994, a révélé que 7 p. 100 des adultes canadiens déclaraient une utilisation actuelle du cannabis (tableau 45)[1] et 8 p. 100 d'entre eux disaient utiliser couramment une drogue illicite quelconque, soit une fois ou plus le cannabis (excluant l'utilisation unique), le crack ou la cocaïne, le LSD, les amphétamines (speed) et l'héroïne. Autrement dit, l'utilisation de drogues illicites autres que la marihuana était très peu courante : 0,7 p. 100 pour le crack ou la cocaïne, 0,9 p. 100 pour le LSD et 0,2 p. 100 pour les amphétamines[2]. Bien que l'utilisation courante soit relativement faible, un quart des Canadiens (24 p. 100) ont utilisé une drogue illicite au moins une fois dans leur vie (tableau 45).

Pour mettre ces données en perspective, il y a environ un quart de million d'utilisateurs de LSD, d'amphétamines ou d'héroïne au Canada, 1,7 million d'utilisateurs actuels de marihuana et 2,0 millions de buveurs excessifs (figure 45a)[2]. Les fumeurs de cigarettes sont 3,6 fois plus nombreux que les fumeurs de marihuana, tandis que les buveurs légers sont 8,5 fois plus nombreux que les fumeurs de marihuana.

Entre 1985 et 1994, les tendances de l'utilisation annuelle auto-déclarée de marihuana ou de hachisch sont irrégulières, mais l'utilisation semble être revenue aux niveaux de 1989 après avoir baissé au début des années 1990 (figure 45b)[2,3,4]. De 1990 à 1994, il n'y a eu à toutes fins utiles aucun changement dans l'utilisation de la cocaïne ou du crack.

Au moins une des drogues injectables (crack ou cocaïne, LSD, amphétamines, héroïne et stéroïdes) a été utilisée à un moment donné par 7 p. 100 des Canadiens, et 41 p. 100 de ces personnes ont déclaré avoir partagé des seringues[2], un risque évident de transmission du VIH, de l'hépatite B et d'autres agents pathogènes (voir les sujets 71 et 72). Moins de 1 p. 100 des Canadiens ont admis avoir inhalé des solvants à un moment de leur vie[2].

En 1996, le taux national d'infractions fédérales liées à la drogue était de 157 par 100 000 habitants pour le cannabis, et de 37 pour la cocaïne ou le crack (figure 45c)[5]. Cela représente une hausse de 13 p. 100 depuis 1991 en ce qui concerne les infractions relatives au cannabis, et une baisse de 20 p. 100, pour la cocaïne/crack[5].

Différences entre les groupes

Dans l'ensemble, les hommes sont deux fois plus susceptibles que les femmes d'être des utilisateurs

actuels de cannabis ou toute drogue illicite (10 p. 100 contre 5 p. 100), et une fois et demie plus susceptibles d'être des utilisateurs *de durée de vie* de toute drogue illicite (tableau 45)[1].

L'utilisation actuelle de drogues illicites est principalement un phénomène adolescent, bien que la plupart des groupes d'âge aient fait l'expérience de ces drogues à un moment ou l'autre. L'utilisation actuelle de cannabis la plus élevée a été déclarée par les hommes de 15 à 24 ans (26 à 28 p. 100), tandis que l'utilisation de durée de vie de toute drogue illicite la plus élevée se trouve chez les hommes de 20 à 34 ans (44 à 45 p. 100). Vers 45 ans, l'utilisation actuelle est négligeable, et l'utilisation de durée de vie est aussi beaucoup plus faible à compter de cet âge (tableau 45).

Il n'y a pas de différences significatives dans l'utilisation de drogues illicites selon le niveau d'instruction, sauf que l'utilisation est plus répandue chez les personnes qui ont des études post-secondaires, c'est-à-dire, dans bien des cas, les étudiants actuels (tableau 45).

Il y a un vaste écart dans les déclarations d'utilisation de drogues parmi les provinces. L'utilisation actuelle et l'utilisation de durée de vie sont plus de deux fois plus répandues en Colombie-Britannique qu'à Terre-Neuve (tableau 45).

Il existe des variations interprovinciales et territoriales considérables pour ce qui est des taux d'infractions fédérales liées à la drogue. Les deux territoires affichaient de loin les taux les plus élevés pour le cannabis en 1996, tandis que la Colombie-Britannique avait le taux le plus élevé d'infractions liées à la cocaïne et au crack (figure 45c)[5]. Les taux d'infractions fédérales liées au cannabis sont également au-dessus de la moyenne en Colombie-Britannique. Par contre, le Québec affiche le plus faible taux d'infractions liées à la drogue pour le cannabis, soit environ trois quarts de la moyenne nationale.

Depuis 1991, les infractions liées au cannabis se sont multipliées dans chaque province ou territoire, sauf le Yukon et l'Alberta, où elles ont diminué. Durant la même période, les infractions liées à la cocaïne ont diminué partout, sauf au Manitoba, en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard, où les taux ont augmenté[5].

Définitions et méthodes

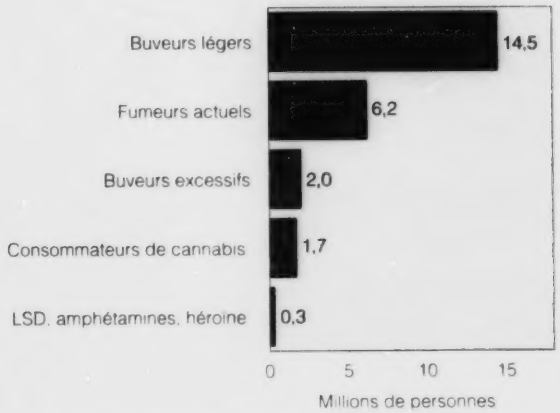
Les données sur l'utilisation de drogues illicites proviennent de *l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* (ECCAD), menée au téléphone en 1994 par Statistique Canada. L'échantillon se composait de 12 155 personnes de 15 ans ou plus, et le taux de réponse a été de 76 p. 100[2]. La possibilité de sous-déclaration d'utilisation de ces drogues illicites est considérable. Le sous-dénombrement de certains grands consommateurs de la population, les jeunes hommes et les « gens de la rue » par exemple, est aussi probable. Les utilisateurs actuels sont les personnes qui déclarent avoir utilisé une substance mentionnée au moins une fois durant les 12 derniers mois.

Les données sur les infractions liées à la drogue proviennent des dossiers de police et peuvent refléter les efforts d'application de la loi autant que les différences concernant les activités réelles liées à la drogue. Cela pourrait expliquer en partie la variation interprovinciale/territoriale ainsi que les changements de 1991 à 1996.

Ouvrages de référence

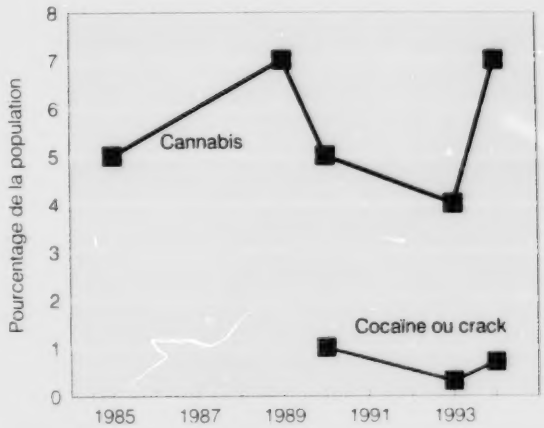
1. Santé Canada, Division de l'accès à l'information et de la coordination, Direction générale des politiques et de la consultation, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues*, 1994, totalisations spéciales.
2. MacNeil, P. et I. Webster, Santé Canada, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues : Analyse des résultats*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.
3. Adlaf, E.M., « L'usage de l'alcool, des médicaments et des autres drogues », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
4. Single, E., A. MacLennan et P. MacNeil, *Horizons 1994 : l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa, Santé Canada, et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, n° de catalogue H39-307/1994F.
5. Statistique Canada, *Statistique de la criminalité au Canada, 1996*, Ottawa, 1997, n° de catalogue 85-205-XPF.

Figure 45a **Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, population de 15 ans ou plus, Canada, 1994**



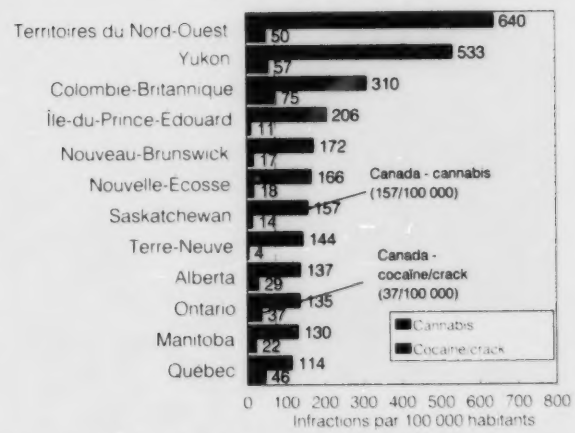
Source: MacNeil, P. et I. Webster, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues : Analyse des résultats*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Figure 45b **Tendances en matière de consommation de cannabis et de cocaïne, population de 15 ans ou plus, Canada, 1985–1994**



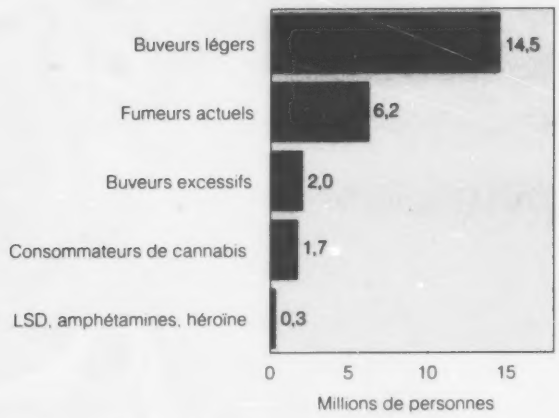
Sources: Adlaf, E.M., *L'usage de l'alcool, des médicaments et des autres drogues*, dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990* : Rapport technique, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, n° de catalogue H39-263/2-1990F; Single, E., A. MacLennan, P. MacNeil, *Horizons 1994 : l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa, Santé Canada et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, n° de catalogue H39-307/1994F; MacNeil, P. et I. Webster, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues : Analyse des résultats*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Figure 45c **Taux d'infractions fédérales liées à la drogue, selon la province ou le territoire, Canada, 1996**



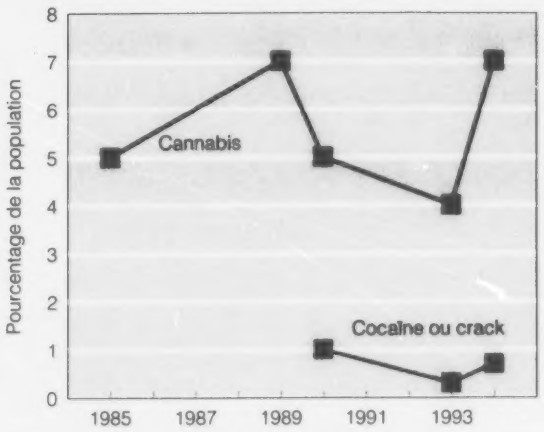
Source: Statistique Canada, *Statistique de la criminalité au Canada 1996*, Ottawa 1997, n° de catalogue 85-205-XPF.

Figure 45a **Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, population de 15 ans ou plus, Canada, 1994**



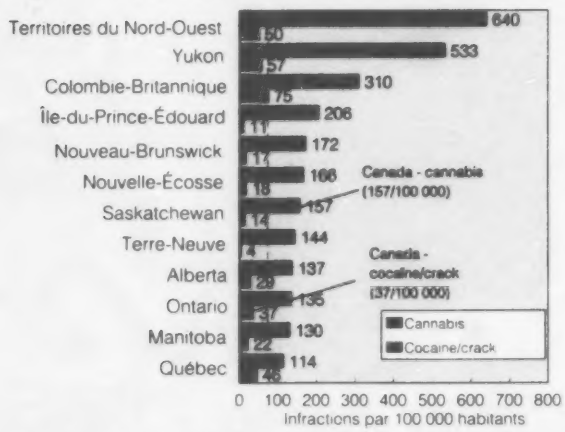
Source: MacNeil, P. et I. Webster, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues : Analyse des résultats*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Figure 45b **Tendances en matière de consommation de cannabis et de cocaïne, population de 15 ans ou plus, Canada, 1985–1994**



Sources: Adlaf, E.M., *L'usage de l'alcool, des médicaments et des autres drogues*, dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990* : Rapport technique, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1993, n° de catalogue H39-263/2-1990F; Single, E., A. MacLennan, P. MacNeil, *Horizons 1994* : *l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa, Santé Canada et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, n° de catalogue H39-307/1994F; MacNeil, P. et I. Webster, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* : *Analyse des résultats*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Figure 45c **Taux d'infractions fédérales liées à la drogue, selon la province ou le territoire, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Statistique de la criminalité au Canada 1996*, Ottawa 1997, n° de catalogue 85-205-XPF.

Tableau 45. **Consommation de drogues illicites, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction[a] et la province, population de 15 ans ou plus, Canada, 1994**

	Estime de population	Cannabis couramment	Au moins une drogue illicite[b]	
			Durée de vie	Courant
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**23 030**	**7**	**24**	**8**
Hommes	11 337	10	28	10
Femmes	11 692	5	19	5
Total, 15 à 17 ans	1 247	25	30	26
Hommes	636	27	31	27
Femmes	611	24	29	24
Total, 18 à 19 ans	711	23	33	24
Hommes	367	28	38	29
Femmes	344	18	27	19
Total, 20 à 24 ans	2 051	19	38	20
Hommes	1 038	26	45	26
Femmes	1 013	13	30	13
Total, 25 à 34 ans	4 952	10	38	10
Hommes	2 497	13	44	13
Femmes	2 455	6	32	7
Total, 35 à 44 ans	4 802	6	33	6
Hommes	2 404	9	38	9
Femmes	2 399	3	28	3
Total, 45 à 54 ans	3 531	1	15	2
Hommes	1 771	2	18	2
Femmes	1 760	#	12	#
Total, 55 à 64 ans	2 470	#	4	#
Hommes	1 220	#	5	#
Femmes	1 250	#	3	#
Total, 65 ans et +	3 265	#	1	#
Hommes	1 405	#	1	#
Femmes	1 860	–	#	–
Inférieur au secondaire	5 936	8	19	8
Secondaire	5 415	7	24	7
Collégial	3 572	11	32	11
Universitaire	6 457	7	29	7
Terre-Neuve	458	4	16	4
Île-du-Prince-Édouard	104	#	19	#
Nouvelle-Écosse	743	8	25	8
Nouveau-Brunswick	603	6	22	6
Québec	5 796	9	25	9
Ontario	8 673	5	17	5
Manitoba	874	9	26	9
Saskatchewan	767	7	22	7
Alberta	2 073	8	30	9
Colombie-Britannique	2 939	12	37	12

– Données non disponibles.

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Non normalisé en fonction de l'âge.

[b] Drogues illicites = une consommation ou plus de cannabis (à l'exclusion d'une utilisation unique), de crack ou de cocaïne, de LSD, d'amphétamines (speed) et d'héroïne.

Source: Santé Canada, Division de l'accès à l'information et de la coordination, Direction générale des politiques et de la consultation, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues*, 1994, totalisations spéciales.

46

Activité physique

Introduction

Le manque d'activité physique est depuis longtemps reconnu comme étant un facteur de risque pour la maladie coronarienne (sujet 74). Le risque relatif (RR) est d'environ 1,9. On peut donc dire qu'un mode de vie sédentaire contribue à peu près dans la même mesure à la maladie coronarienne que l'hypertension artérielle (RR=2,1) (voir le sujet 68), l'hypercholestérolémie (RR=2,4) et l'usage du tabac (RR=2,5)[1] (sujets 40 et 41). L'exercice procure de nombreux autres avantages pour la santé, par exemple, le contrôle du poids, un risque réduit de diabète, de cancer et d'ostéoporose ainsi qu'une réduction du stress[2]. En conséquence, le temps que les Canadiennes et les Canadiens consacrent aux activités physiques de loisir est fortement lié à leur état de santé globale.

Le présent chapitre fait état des données sur les activités physiques de loisir, l'exécution de tâches et de courses, et les déplacements au travail.

Fréquence de l'activité physique, 1996-1997

Dans l'ensemble, un cinquième (21 p. 100) des Canadiens ont été classés comme étant actifs dans leurs loisirs au cours des trois mois précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997. Un autre cinquième (23 p. 100) des répondants étaient modérément actifs, tandis que le reste de la population (bien plus de la moitié) étaient inactifs (tableau 46a)[3]. Il s'agit d'un état presque inchangé depuis 1994-1995[4], mais la comparaison avec des sources plus anciennes de données laisse supposer que les adultes canadiens deviennent plus actifs (figure 46)[5].

Bien que les adultes canadiens participent plus volontiers à des activités physique hors d'un cadre organisé, une partie de cette participation a lieu dans un cadre organisé[6]. En 1997, un cinquième des adultes canadiens faisaient de la compétition dans une activité physique quelconque. Quatre-vingt pour cent des adultes canadiens disaient emprunter les escaliers, ce qui constitue l'une des cinq façons les plus fréquentes d'incorporer l'activité physique à la vie quotidienne. Environ les deux tiers déclaraient effectuer des tâches légères et lourdes, et aller au travail ou faire les courses à pied. Un quart d'entre eux se déplaçaient à bicyclette.

En 1996, 7 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ayant un emploi se rendaient au travail à pied, et un autre 1 p. 100 y allait à bicyclette (tableau 46b)[7]. Il n'y a pas de données précédentes comparables pour ces questions.

Bien que les comparaisons internationales se compliquent du fait des différentes mesures de l'activité, l'accroissement d'activité avec le temps chez les adultes canadiens (figure 46) correspond à celui de la Finlande, tandis que les loisirs actifs en Écosse, en Australie et aux États-Unis n'ont *pas* augmenté de la sorte[8].

Différences entre les groupes

Parmi tous les groupes d'âge, les hommes sont généralement plus actifs que les femmes ; cette différence est moins prononcée chez les personnes d'âge moyen (tableau 46a)[3], ce qui se vérifiait également en 1994-1995[4]. D'une manière générale, on observe une baisse d'activité avec l'âge, du moins jusqu'à 65 ans. Fait intéressant, les personnes âgées de 65 à 74 ans sont à peu près aussi actives que les Canadiens de 35 à 44 ans.

La probabilité d'avoir un mode de vie actif augmente avec le niveau d'instruction. Moins de la moitié des diplômés universitaires (47 p. 100) sont classés comme étant inactifs, comparativement aux trois cinquièmes (61 p. 100) des personnes dont le niveau d'instruction est inférieur au secondaire

(tableau 46a)[3]. De même, il y a une relation positive entre le niveau d'activité et le revenu adéquat (données non présentées). Par exemple, seulement 48 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur déclaraient être inactifs, contre 57 p. 100 de ceux au revenu inférieur, et 61 p. 100 des Canadiens du groupe au revenu moyen-inférieur.

Les comparaisons provinciales révèlent que les habitants de la Colombie-Britannique et de l'Alberta prennent la tête avec une marge considérable (27 et 26 p. 100 sont actifs, respectivement, par rapport à la moyenne de 21 p. 100). Les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ont déclaré les taux d'activité les plus faibles, à 14 p. 100 (tableau 46a)[3].

En ce qui concerne le transport au travail, les travailleurs sont légèrement plus susceptibles que les travailleuses de faire le trajet à bicyclette (2 contre 1 p. 100), mais ces dernières sont légèrement plus susceptibles de marcher au travail (8 contre 6 p. 100) (tableau 46b)[7]. Bien que ces différences soient statistiquement significatives, en pratique, elles sont négligeables.

La marche pour se rendre au travail est la plus répandue dans les deux territoires, à Terre-Neuve et en Saskatchewan. En Colombie-Britannique et au Yukon, 2 p. 100 des personnes vont au travail à bicyclette (tableau 46b)[7]. Les travailleurs de l'Ontario sont les moins susceptibles de choisir la marche ou la bicyclette comme mode de transport au travail. Ces résultats laissent croire que des facteurs comme la densité démographique ou la taille de la collectivité influent sur le fait de marcher au travail.

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP). L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[9].

Dans le cadre de l'ENSP, on a déterminé le temps consacré aux activités physiques de loisir en demandant aux participants d'énumérer toutes leurs activités physiques au cours des trois mois précédents. On leur a aussi posé des questions sur la fréquence de participation ainsi que sur le temps consacré à chaque activité en une seule fois. Au moyen de valeurs établies de façon indépendante concernant les dépenses d'énergie pour chaque activité, un indice de la dépense totale de kilocalories a été calculé. Le niveau d'activité a été classé selon une estimation des dépenses d'énergie en kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour : actif (3,0 ou plus); moyen (1,5 à 2,9); inactif (moins de 1,5).

Bien que cette approche de l'ENSP soit similaire à celle qui a été utilisée pour les enquêtes de 1981, 1988 et 1995, celles-ci étaient plus complètes pour ce qui est de l'approfondissement des différentes activités. Les données de l'ENSP peuvent donc sous-évaluer le temps total consacré aux activités physiques de loisir, aux fins de comparaison. Pour cette raison, la figure 46 n'affiche que les sources comparables.

La question du recensement de 1996 sur le mode de transport pour se rendre au travail était posée aux Canadiens actifs de 15 ans ou plus. Les détails selon la région métropolitaine de recensement (RMR) ont été publiés ailleurs[10].

Ouvrages de référence

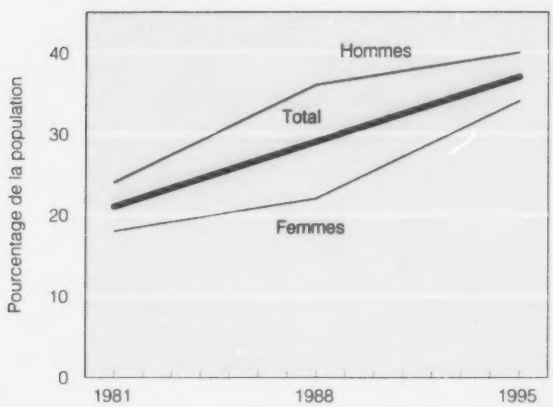
1. Powell, K.E., P. D. Thompson, C.J. Caspersen et J.S. Kendrick, « Physical inactivity and the incidence of coronary heart disease », *Annual Review of Public Health*, 1987, nº 8, p. 253-287.
2. Bouchard, C., R.J. Shephard et T. Stephens (sous la direction de), *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics Publishers, 1994.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, *Progrès en prévention*, #1, 1996 (ISSN 1205-7029).
6. Consulter *Progress in Prevention*, une série de bulletins mensuels publiés par le Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute et qui présentent les résultats du *Physical Activity Monitor* (ISSN 1205-7029).
7. Statistique Canada, Recensement de 1996 : mode de transport, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96019.

8. Stephens, T., « International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants », exposé au congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive (FIMS) à Orlando (Floride), mai 1998.

9. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

10. Statistique Canada, Recensement de 1996 : mode de transport pour se rendre au travail, *Le Quotidien*, 17 mars 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Figure 46. **Activités physiques de loisir, population de 18 ans ou plus, Canada, 1981–1995**



Source: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, *Progrès en prévention*, nº 1, 1996 (ISSN 1205-7029).

Tableau 46a. **Activités physiques de loisir, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge)[a] et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Actif	Modéré	Inactif
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**23 836**	**21**	**23**	**57**
Hommes	11 611	24	22	54
Femmes	12 225	17	23	60
Total, 12 à 14 ans	1 047	44	27	30
Hommes	512	54	25	21
Femmes	535	33	28	38
Total, 15 à 17 ans	1 243	43	21	36
Hommes	658	53	21	26
Femmes	586	31	22	47
Total, 18 à 19 ans	812	33	25	42
Hommes	395	39	24	37
Femmes	418	26	27	47
Total, 20 à 24 ans	1 827	27	24	49
Hommes	910	32	22	46
Femmes	916	22	26	52
Total, 25 à 34 ans	4 400	19	23	57
Hommes	2 166	22	23	55
Femmes	2 233	17	23	59
Total, 35 à 44 ans	5 141	17	22	61
Hommes	2 583	18	22	61
Femmes	2 559	17	22	61
Total, 45 à 54 ans	3 668	15	22	63
Hommes	1 844	17	21	62
Femmes	1 824	14	23	63
Total, 55 à 64 ans	2 500	17	24	60
Hommes	1 190	19	23	58
Femmes	1 310	15	24	61
Total, 65 à 74 ans	2 006	16	23	61
Hommes	878	21	24	55
Femmes	1 128	13	22	65
Total, 75 ans et +	1 192	10	16	74
Hommes	475	14	21	66
Femmes	716	7	13	80
Inférieur au secondaire	7 146	19	20	61
Secondaire	9 083	20	23	57
Collégial	4 063	17	22	52
Universitaire	3 410	19	24	47
Terre-Neuve	460	18	21	61
Île-du-Prince-Édouard	110	14	18	67
Nouvelle-Écosse	756	18	22	61
Nouveau-Brunswick	618	18	18	64
Québec	5 930	17	22	61
Ontario	9 037	21	23	56
Manitoba	878	20	22	58
Saskatchewan	775	20	20	60
Alberta	2 125	26	24	50
Colombie-Britannique	3 147	27	23	50

[a] L'addition des rangs peut ne pas égaler 100 % en raison de la suppression de quelques cas dans le calcul des taux normalisés.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 46b **Mode de transport utilisé pour se rendre au travail, population active occupée, selon le sexe et la province ou le territoire, 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estimé de population	À pied	À bicyclette
	(en milliers)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**12 183**	**7**	**1**
Hommes	6 591	6	2
Femmes	5 592	8	1
Terre-Neuve	172	10	<1
Île-du-Prince-Édouard	56	7	<1
Nouvelle-Écosse	354	8	1
Nouveau-Brunswick	288	7	1
Québec	2 909	7	1
Ontario	4 691	6	1
Manitoba	465	9	1
Saskatchewan	377	10	1
Alberta	1 222	7	1
Colombie-Britannique	1 608	7	2
Yukon	16	15	2
Territoires du Nord-Ouest	26	42	1

Source: Statistique Canada, Recensement de 1996 : mode de transport, série *Le Pays*, n° de catalogue 93F0027XDB96019.

47

Habitudes alimentaires

Introduction

L'alimentation en général et la consommation de gras et de fibres en particulier ont été associées à certaines causes importantes de mortalité (sujet 82), surtout le cancer (sujet 73) et la maladie coronarienne (sujet 74). La proportion de la population qui souffre d'embonpoint a augmenté au cours des dernières années (sujet 67), ce qui reflète en partie la façon dont les loisirs sont employés (sujet 46). Les habitudes alimentaires, principal autre élément de l'équation énergétique qui influe sur le poids corporel et la santé en général, constituent donc un sujet de préoccupation naturel pour les gouvernements et les personnes qui ont à coeur de conserver une bonne santé, même si les répercussions sur la santé des habitudes alimentaires dépassent de loin les préoccupations d'excès de poids[1].

Le présent chapitre fait état des récentes mesures prises par les adultes pour améliorer leurs habitudes alimentaires.

Fréquence des bonnes habitudes alimentaires, 1994-1995

En 1994-1995, le gras alimentaire était une source de préoccupation pour plus de Canadiennes et de Canadiens que tout autre aspect de l'alimentation : 59 p. 100 des personnes de 12 ans et plus se disaient préoccupées par le gras dans leur alimentation et ont affirmé prendre des mesures pour réduire leur consommation de gras (tableau 47)[2]. Un autre 9 p. 100 de ces personnes étaient inquiètes mais n'agissaient pas. Le tiers restant des Canadiens (32 p. 100) n'ont exprimé aucune inquiétude à propos de la quantité de gras de leur alimentation.

Inversement à la situation du gras, seulement 26 p. 100 des Canadiens de 12 ans ou plus se sont dits soucieux de la quantité de féculents et de fibres qu'ils mangent et ont affirmé prendre des mesures pour augmenter leur consommation (tableau 47)[2]. Un autre 17 p. 100 s'en souciaient mais, semble-t-il, pas assez pour y remédier. La majorité des Canadiens (57 p. 100) ne se souciaient pas de la quantité de féculents et de fibres de leur alimentation.

Trois façons répandues de limiter la consommation de gras étaient : réduire l'usage du beurre, de l'huile et de la vinaigrette (81 p. 100), manger moins d'aliments frits (78 p. 100) et réduire la consommation de produits laitiers riches en matières grasses (72 p. 100) (données non présentées)[2] . Malgré les inquiétudes et les prétendus changements de préférences pour des aliments en particulier, il y a eu, entre le début des années 1980 et 1997, une augmentation de la consommation de gras et d'huile (figure 47a)[3]. Toutefois, il y a eu une réduction de la consommation de lait entier ou 2 p. 100, et une augmentation de la consommation de lait écrémé ou 1 p. 100 (figure 47b)[3].

Pour la proportion relativement faible de Canadiens qui tentent d'accroître les féculents et les fibres dans leur alimentation, les quatre façons les plus répandues de ce faire sont : manger des fruits et légumes à presque tous les repas (84 p. 100), manger des produits à grains entiers (78 p. 100), manger moins de viande (54 p. 100) et manger des aliments riches en fibres (44 p. 100) (données non présentées). De 1982 à 1996, la consommation apparente de fruits et légumes s'est un peu accrue (figure 47a).

Différences entre les groupes

Il y a nettement une différence entre les sexes pour ce qui est du souci de l'alimentation (tableau 47)[2]. Les deux tiers (67 p. 100)des femmes se soucient de réduire le gras alimentaire et prennent des mesures à cette fin, contre seulement 50 p. 100 des hommes. Seulement 24 p. 100 des femmes ne se préoccupent pas du gras alimentaire, contre 40 p. 100 des hommes.

Les hommes sont cependant plus susceptibles d'être classés obèses que les femmes (sujet 67).

Les différences entre les sexes sont semblables pour ce qui est de l'inquiétude exprimée au sujet des féculents et des fibres, bien que moins prononcées ; un tiers (32 p. 100) des femmes se soucient d'accroître les féculents et fibres, et prennent des mesures à cette fin, contre seulement un cinquième (20 p. 100) des hommes (tableau 47)[2]. Environ la moitié (51 p. 100) des femmes ne se préoccupent pas des féculents et des fibres, comparativement à près des deux tiers (63 p. 100) des hommes.

Il y a une forte relation positive entre l'action et l'âge. Seulement le tiers des 15 à 19 ans (33 p. 100) et un peu plus de la moitié des 20 à 24 ans (54 p. 100) ont déclaré réduire le gras alimentaire, comparativement à environ 70 p. 100 des Canadiens de 45 à 74 ans (tableau 47)[2]. Cette tendance selon l'âge est appropriée, puisque l'embonpoint s'accroît aussi avec l'âge (sujet 67). De même, les soucis et les mesures quant aux féculents et fibres alimentaires augmentent avec l'âge.

Il n'y a que des différences minimes relativement au niveau d'instruction et à l'alimentation. Environ la moitié des Canadiens (51 p. 100) qui n'ont pas terminé leurs études secondaires déclarent agir sur leur consommation de gras, comparativement à environ 60 p. 100 des personnes qui appartiennent aux trois autres niveaux d'instruction (tableau 47)[2]. De même, 21 p. 100 des Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires se soucient de la consommation de féculents et de fibres et y remédient, contre 29 p. 100 des diplômés universitaires.

On ne note que quelques différences entre les provinces à ce sujet. Les gens de la Saskatchewan (53 p. 100) et de l'Île-du-Prince-Édouard (54 p. 100) sont les moins susceptibles de prendre des mesures pour réduire le gras alimentaire (tableau 47)[2] ; les deux provinces se situent aussi bien au-dessus de la moyenne nationale d'embonpoint (sujet 67). Par contre, les résidents du Québec et de la Colombie-Britannique sont les plus susceptibles (61 p. 100) de déclarer prendre des mesures en vue de réduire la consommation de gras ; ils ont aussi la fréquence la moins élevée d'embonpoint (sujet 67). Les Québécois sont également les plus susceptibles (27 p. 100) de prendre des mesures pour accroître leur consommation de féculents et de fibres, tandis que les résidents de la Saskatchewan y sont les moins portés (21 p. 100).

Définitions et méthodes

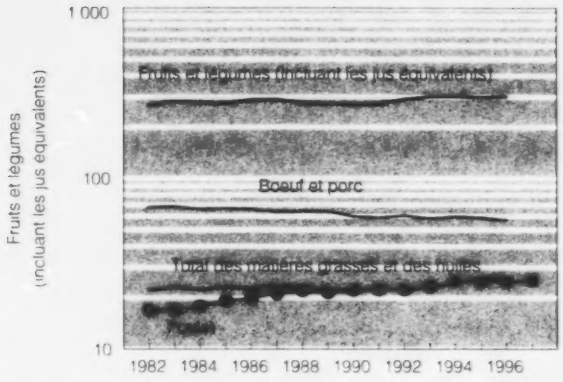
Ces données sur les soucis d'alimentation proviennent de la portion Supplément santé de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada en juin, août et novembre 1994 et mars 1995. L'enquête visait plus de 22 000 ménages ; ces données sont fondées sur un échantillon de 17 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[4]. Le Supplément était commandité par Santé Canada et ne faisait pas partie de l'ENSP de 1996-1997.

Les données sur la « consommation apparente d'aliments », dans les 2 figures, sont basées sur la disparition d'aliments propres à la consommation. La plupart des aliments sont consommés ; certains sont gâtés.

Ouvrages de référence

1. Santé Canada, *Action Towards Healthy Eating: Canada's Guidelines for Healthy Eating and Recommended Strategies for Action*, rapport du Comité des communications et de mise en oeuvre, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1990, nº de catalogue H39-166/1990F.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 (Supplément)*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Consommation apparente des aliments par personne au Canada, parties 1 et 2*, 1997, nºs de catalogue 32-229 et 32-230.
4. Tambay J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, nº 7, p. 29-38, nº de catalogue 82-003-XPB (Statistique Canada).

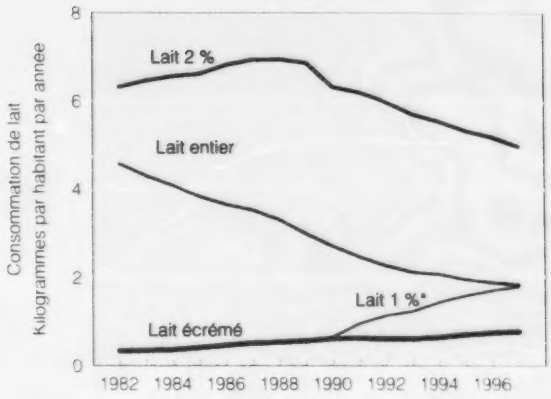
Figure 47a **Évolution des habitudes alimentaires, Canada, 1982–1997***



* Données de 1997 disponibles pour le poulet seulement.

Source: Statistique Canada, *Consommation des aliments au Canada, Parties 1, et 2, 1997*, n° de catalogue 32-229 et 32-230.

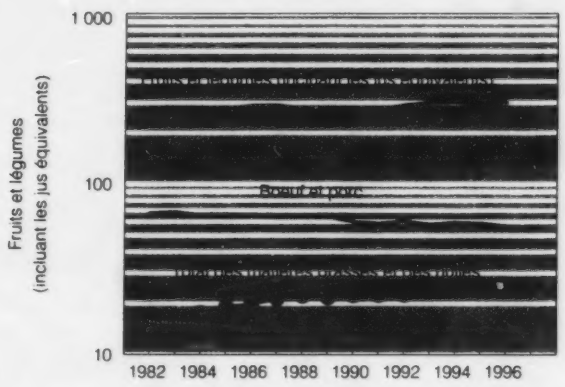
Figure 47b **Évolution de la consommation de lait, Canada, 1982–1997**



* Les données du lait 1 % n'ont débuté qu'en 1990.

Source: Statistique Canada, *Consommation des aliments au Canada, Parties 1, et 2, 1997*, n° de catalogue 32-229 et 32-230.

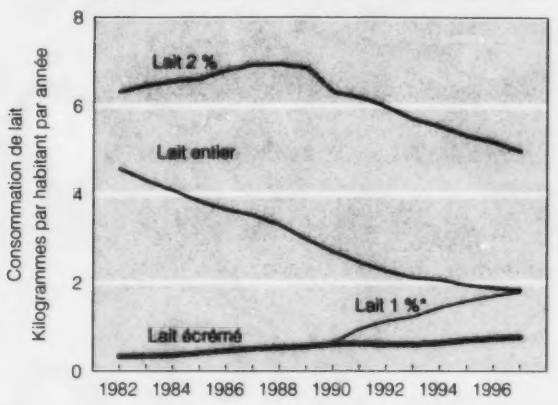
Figure 47a. **Évolution des habitudes alimentaires, Canada, 1982–1997***



* Données de 1997 disponibles pour le poulet seulement.

Source: Statistique Canada, *Consommation des aliments au Canada, Parties 1, et 2, 1997*, nos de catalogue 32-229 et 32-230.

Figure 47b. **Évolution de la consommation de lait, Canada, 1982–1997**



* Les données du lait 1 % n'ont débuté qu'en 1990.

Source: Statistique Canada, *Consommation des aliments au Canada, Parties 1, et 2, 1997*, nos de catalogue 32-229 et 32-230.

Tableau 47 **Préoccupations concernant le gras et les fibres, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1994–1995**

	Estime de population	Gras alimentaires			Féculents et fibres alimentaires		
		Préoccupé et prend des mesures	Préoccupé et ne prend pas de mesures	Non préoccupé	Préoccupé et prend des mesures	Préoccupé et ne prend pas de mesures	Non préoccupé
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**23 914**	**59**	**9**	**32**	**26**	**17**	**57**
Hommes	11 762	50	10	40	20	17	63
Femmes	12 152	67	9	24	32	18	51
Total, 12 à 14 ans	1 310	29	16	54	10	14	77
Hommes	684	26	#	59	#	16	75
Femmes	626	33	18	49	#	11	78
Total, 15 à 19 ans	2 088	33	13	54	10	15	74
Hommes	1 082	19	11	70	7	14	79
Femmes	1 006	48	15	37	14	17	70
Total, 20 à 24 ans	1 705	54	9	37	21	15	64
Hommes	826	43	8	50	14	15	70
Femmes	879	64	10	26	28	14	58
Total, 25 à 34 ans	4 747	58	8	34	24	16	60
Hommes	2 340	50	9	41	18	14	67
Femmes	2 407	65	8	27	30	17	52
Total, 35 à 44 ans	4 855	62	10	28	29	17	54
Hommes	2 470	53	12	36	22	17	60
Femmes	2 384	71	9	20	35	17	48
Total, 45 à 54 ans	3 448	69	10	21	31	18	50
Hommes	1 775	61	13	26	26	20	54
Femmes	1 673	77	7	16	37	17	46
Total, 55 à 64 ans	2 516	70	6	24	36	17	47
Hommes	1 192	58	7	34	26	18	55
Femmes	1 324	80	4	15	44	16	40
Total, 65 à 74 ans	2 064	70	5	25	32	24	45
Hommes	927	62	7	32	25	22	52
Femmes	1 137	77	4	19	37	25	38
Total, 75 ans et +	1 180	61	7	32	30	24	47
Hommes	465	59	#	35	28	20	52
Femmes	715	62	8	31	30	26	44
Inférieur au secondaire	7 851	51	9	40	21	17	62
Secondaire	9 113	60	8	32	27	17	56
Collégial	3 775	63	8	30	28	20	52
Universitaire	3 142	60	8	17	29	15	42
Terre-Neuve	483	59	11	30	23	20	56
Île-du-Prince-Édouard	110	54	12	34	24	21	55
Nouvelle-Écosse	764	60	9	31	24	20	56
Nouveau-Brunswick	626	56	10	35	24	20	56
Québec	6 020	61	6	33	27	17	56
Ontario	9 034	57	11	32	26	18	56
Manitoba	887	58	10	32	24	17	59
Saskatchewan	792	53	11	35	21	18	61
Alberta	2 166	59	11	31	26	18	57
Colombie-Britannique	3 033	61	10	29	26	15	58

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, (Supplément) totalisations spéciales.

48

Allaitement maternel

Introduction

Il y a vingt ans, le Comité de la nutrition de la Société canadienne de pédiatrie recommandait officiellement le lait maternel comme étant la seule source d'éléments nutritifs pour la plupart des nourrissons durant les trois à six premiers mois de leur vie[1]. Plus récemment, les ministères de la Santé provinciaux/territoriaux et fédéral ont fait campagne pour encourager l'allaitement maternel chez les nouvelles mères et modifier les attitudes de la société à l'égard de l'allaitement en public.

Le présent chapitre fait état de l'allaitement des bébés canadiens nés jusqu'à deux ans avant l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997.

Fréquence de l'allaitement maternel, 1996-1997

En 1996-1997, 79 p. 100 de toutes les femmes de 15 à 49 ans ayant eu une grossesse récente ont déclaré avoir allaité leur dernier enfant, ce qui signifie environ 650 000 mères (tableau 48)[2]. Bien que la seule enquête antérieure à ce sujet ait utilisé une méthode différente pour cette question, il semble que l'allaitement maternel du milieu des années 1990 soit considérablement plus répandu que dans les années 1980, où environ les deux tiers des mères nourrissaient leur enfant au sein[3].

Parmi ces femmes qui avaient accouché récemment et qui étaient des fumeuses actuelles ou anciennes, 26 p. 100 ont fumé durant la période d'allaitement[2], ce qui est moindre que les 36 p. 100 de femmes qui n'ont pas cessé de fumer durant la grossesse (sujet 40), mais qui est tout de même source d'inquiétude, car la FTA dans un espace aussi restreint, surtout pour un nourrisson, hausse le niveau de risque normal d'avoir un fumeur à la maison (sujet 13).

Il n'y a pas de données internationales permettant d'établir des comparaisons sur les habitudes des Canadiennes en matière d'allaitement maternel.

Différences entre les groupes

Il y a une relation entre les habitudes d'allaitement maternel et l'âge de la mère. Les deux tiers aux trois quarts seulement (66 à 76 p. 100) des jeunes mères (moins de 25 ans) nourrissent leur bébé au sein, comparativement à plus de 80 p. 100 des mères de 25 à 44 ans (tableau 48).

Il y a un lien important entre l'allaitement maternel et le niveau d'instruction. Les mères n'ayant pas terminé leurs études secondaires sont les moins susceptibles (60 p. 100) d'avoir allaité leur dernier enfant, tandis que les mères ayant fait des études universitaires sont, de loin, les plus susceptibles (95 p. 100) de l'avoir fait (tableau 48). Il y a aussi un lien ferme entre le niveau d'instruction et l'usage du tabac durant l'allaitement maternel. Les mères qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus de trois fois plus susceptibles d'être des fumeuses que les mères ayant fait des études universitaires (figure 48)[2]. Bien que ces résultats ne soient pas normalisés en fonction de l'âge en raison de la taille restreinte de l'échantillon, ils s'appliquent à un groupe d'âge plus ou moins restreint, comparativement à d'autres sujets du présent *Rapport*.

Il y a aussi un lien entre la fréquence de l'allaitement maternel et le niveau de revenu des mères mais il n'est pas aussi prononcé que le lien avec le niveau d'instruction. Environ les trois quarts des mères des deux groupes (72-75 p. 100) au revenu inférieur ont allaité leur dernier enfant, contre plus de 80 p. 100 des mères des deux groupes au revenu supérieur (tableau 48).

Parmi les mères dont l'enfant ou les enfants habitaient encore dans leur ménage au moment de l'enquête, les femmes monoparentales étaient

légèrement moins susceptibles d'avoir allaité que les mères qui étaient en couple 74 p. 100 contre 81 p. 100 (tableau 48). Les mères (en couple ou seules) qui ne vivaient plus avec leur enfant ou leurs enfants étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir nourri leur dernier enfant au sein.

Il existe d'importantes variations entre les provinces et régions quant à la pratique de l'allaitement maternel. Les mères du Québec sont de loin les moins susceptibles (60 p. 100) d'avoir allaité leur dernier enfant, alors que presque toutes les mères de la Colombie-Britannique l'ont fait (tableau 48). En outre, seulement les deux tiers (67 p. 100) des mères des Maritimes ont allaité leur dernier enfant, ce qui est bien au-dessous de la moyenne nationale (les données provinciales de ces provinces ont été supprimées en raison de la forte variabilité de l'échantillonnage).

Définitions et méthodes

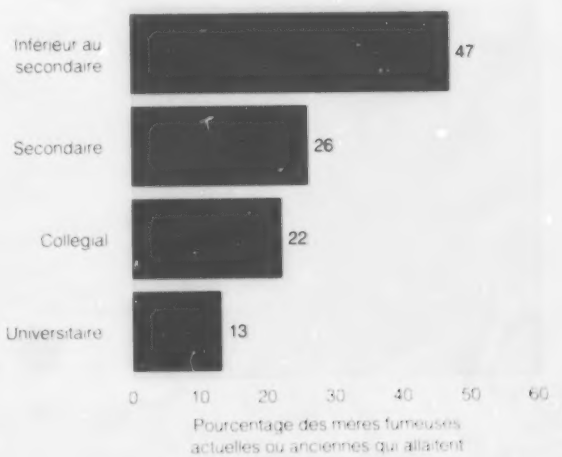
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé[4]. Toutefois, cette question n'a été posée qu'aux mères entre 15 et 49 ans qui avaient récemment vécu une grossesse (depuis 1994-1995 pour toutes les provinces sauf l'Alberta, où la période de référence était de cinq ans). La question sur l'usage du tabac pendant l'allaitement a été posée aux fumeuses actuelles et anciennes ; on ne sait pas si les femmes ont compris qu'il s'agissait de fumer et d'allaiter en même temps, ou de façon plus générale, d'être fumeuse et de nourrir son enfant au sein. L'échantillon restreint de ces mères ne permet pas de les répartir en sous-groupes.

Les données sur le niveau d'instruction, le revenu et le type de ménage ne sont pas normalisées en fonction de l'âge à cause de la taille restreinte des échantillons en cause. Comme nous l'avons mentionné toutefois, l'écart d'âge plus ou moins limité (15 à 49 ans) des personnes interviewées réduit la possibilité que les différences d'âge plutôt que les différences réelles du statut socio-économique ou de la composition du ménage expliquent ces résultats.

Ouvrages de référence

1. Société canadienne de pédiatrie, Comité de la nutrition, « Breast-feeding: What is left besides the poetry? », *Revue canadienne d'hygiène publique*, 1978, n° 69, p.13-19.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Craig, C.L., « L'alimentation », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
4. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 48 **Usage du tabac durant la période d'allaitement maternel, selon le niveau d'instruction, femmes de 15 à 49 ans, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

légèrement moins susceptibles d'avoir allaité que les mères qui étaient en couple 74 p. 100 contre 81 p. 100 (tableau 48). Les mères (en couple ou seules) qui ne vivaient plus avec leur enfant ou leurs enfants étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir nourri leur dernier enfant au sein.

Il existe d'importantes variations entre les provinces et régions quant à la pratique de l'allaitement maternel. Les mères du Québec sont de loin les moins susceptibles (60 p. 100) d'avoir allaité leur dernier enfant, alors que presque toutes les mères de la Colombie-Britannique l'ont fait (tableau 48). En outre, seulement les deux tiers (67 p. 100) des mères des Maritimes ont allaité leur dernier enfant, ce qui est bien au-dessous de la moyenne nationale (les données provinciales de ces provinces ont été supprimées en raison de la forte variabilité de l'échantillonnage).

Définitions et méthodes

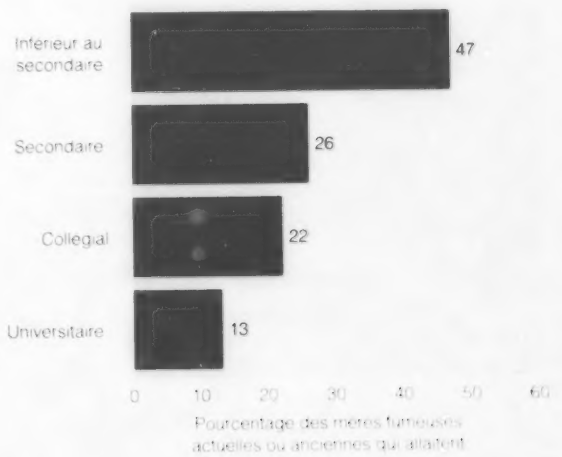
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé[4]. Toutefois, cette question n'a été posée qu'aux mères entre 15 et 49 ans qui avaient récemment vécu une grossesse (depuis 1994-1995 pour toutes les provinces sauf l'Alberta, où la période de référence était de cinq ans). La question sur l'usage du tabac pendant l'allaitement a été posée aux fumeuses actuelles et anciennes ; on ne sait pas si les femmes ont compris qu'il s'agissait de fumer et d'allaiter en même temps, ou de façon plus générale, d'être fumeuse et de nourrir son enfant au sein. L'échantillon restreint de ces mères ne permet pas de les répartir en sous-groupes.

Les données sur le niveau d'instruction, le revenu et le type de ménage ne sont pas normalisées en fonction de l'âge à cause de la taille restreinte des échantillons en cause. Comme nous l'avons mentionné toutefois, l'écart d'âge plus ou moins limité (15 à 49 ans) des personnes interviewées réduit la possibilité que les différences d'âge plutôt que les différences réelles du statut socio-économique ou de la composition du ménage expliquent ces résultats.

Ouvrages de référence

1. Société canadienne de pédiatrie, Comité de la nutrition, « Breast-feeding: What is left besides the poetry? », *Revue canadienne d'hygiène publique*, 1978, n° 69, p.13-19.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Craig, C.L., « L'alimentation », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
4. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 48 **Usage du tabac durant la période d'allaitement maternel, selon le niveau d'instruction, femmes de 15 à 49 ans, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 48 **Allaitement maternel, selon l'âge, le niveau d'instruction, le revenu, le type de ménage et la province ou la région, mères de 15 à 49 ans ayant récemment donné naissance, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Allaitement du dernier-né	
		Oui	Non
	(en milliers)	(%)	(%)
Total, 15 à 49 ans	**811**	**79**	**21**
15 à 17 ans	2	#	#
18 à 19 ans	17	66	#
20 à 24 ans	115	76	24
25 à 34 ans	516	80	20
35 à 44 ans	158	82	18
45 à 49 ans	2	#	#
Inférieur au secondaire	96	60	39
Secondaire	372	78	22
Collégial	184	79	21
Universitaire	156	95	5
Revenu inférieur	23	75	24
Revenu moyen-inférieur	100	72	28
Revenu moyen	262	78	22
Revenu moyen-supérieur	251	83	17
Revenu supérieur	69	82	18
Revenu non déclaré	106	81	19
Couple ayant des enfants	696	81	19
Mère monoparentale	89	74	25
Couple sans enfant	5	57	43
Personnes seules	13	24	76
Atlantique	52	67	33
Québec	172	60	40
Ontario	312	84	16
Manitoba	28	86	14
Saskatchewan	23	#	#
Alberta	146	85	15
Colombie-Britannique	78	98	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

49

Port du casque protecteur et de la ceinture de sécurité

Introduction

Les blessures à la tête attribuables aux accidents de bicyclette touchent à la fois les adultes et les enfants (sujet 62) ; il est possible de les prévenir ou d'en réduire la gravité grâce au port systématique du casque protecteur. Depuis quelques années, l'Association médicale canadienne recommande vivement aux jeunes cyclistes de porter un casque protecteur. L'Ontario, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont d'ailleurs rendu le port du casque obligatoire, et un certain nombre de municipalités ont également des règlements qui en exigent le port[1].

Le présent chapitre traite du port systématique du casque protecteur par les Canadiennes et les Canadiens de 12 ans ou plus qui roulent à bicyclette ; les données sont fondées sur les déclarations des répondants. Il décrit également l'insistance systématique des conducteurs canadiens de 16 ans et plus à faire porter aux passagers leur ceinture de sécurité.

Fréquence du port du casque protecteur et de la ceinture de sécurité, 1996-1997

Environ 29 p. 100 des 6 millions de cyclistes canadiens ont déclaré porter toujours un casque protecteur en roulant à bicyclette[2]. Si on englobe les personnes qui portent souvent un casque, cette proportion n'atteint encore que 36 p. 100. Le nombre de cyclistes qui portent un casque est cependant beaucoup plus élevé qu'en 1994-1995, où seulement 19 p. 100 des cyclistes portaient toujours un casque protecteur et aussi peu que 23 p. 100 en portaient un presque toujours en roulant[3]. La plus grande proportion de répondants (59 p. 100) ont indiqué ne jamais porter de casque protecteur à bicyclette (tableau 49a)[2], mais c'est une baisse par rapport aux 73 p. 100 qui n'en portaient jamais en 1994-1995[3].

Une analyse de la principale raison invoquée pour ne pas porter de casque en 1994-1995 a révélé que 47 p. 100 des répondants disaient ne pas posséder de casque, 14 p. 100 affirmaient qu'ils étaient inconfortables, 9 p. 100 déclaraient qu'ils n'étaient pas nécessaires et 4 p. 100 avouaient être ridiculisés s'ils portaient un casque (25 p. 100 invoquaient d'autres raisons)[3]. (Ces raisons n'ont pas été confirmées en 1996-1997.)

Environ 86 p. 100 des 18,7 millions de conducteurs canadiens de 16 ans et plus déclarent toujours insister pour que leurs passagers attachent leurs ceintures de sécurité (y compris les enfants dans les sièges d'auto) (tableau 49b)[2]. Environ 94 p. 100 d'entre eux insistent toujours ou souvent pour que leurs passagers portent leur ceinture de sécurité. Seulement 4 p. 100 des conducteurs canadiens insistent rarement ou jamais à cet égard.

Il n'y a pas de données internationales sur le port du casque protecteur et de la ceinture de sécurité permettant d'établir des comparaisons.

Différences entre les groupes

Dans l'ensemble, il y a peu d'écart entre les hommes et les femmes pour ce qui est du port du casque protecteur, malgré que les femmes de 20 à 34 ans et de 55 ans et plus soient légèrement plus susceptibles de porter un casque, comparativement aux hommes du même âge (tableau 49a).

Les membres des deux sexes confondus, on observe que les personnes qui portent systématiquement un casque ont de 12 à 14 ans (40 p. 100 des cyclistes) ou font partie du groupe des 25 à 64 ans (environ un tiers des cyclistes) (tableau 49 a). Moins d'un adolescent sur six de 15 à 19 ans et moins

d'un Canadien sur quatre âgé de 20 à 24 ans portent toujours un casque protecteur.

Les différences entre le port du casque et le niveau d'instruction sont très prononcées (tableau 49a). La fréquence d'utilisation est presque deux fois et demie plus élevée dans le groupe le plus instruit par rapport au groupe le moins instruit : c'est l'une des différences les plus marquées relatives à l'instruction dans tous les sujets abordés dans le présent *Rapport*[2]. Le précédent *Rapport* faisait également état de cette différence, mais la disparité a quelque peu diminué[1].

En 1996-1997, moins de 25 p. 100 des cyclistes canadiens des deux groupes au revenu inférieur portaient toujours un casque protecteur, contre 30 p. 100 des cyclistes du groupe au revenu moyen-supérieur et 40 p. 100 de ceux du groupe au revenu supérieur (données non présentées)[2] . Cette disparité correspond à l'analyse de l'enquête de 1994-1995[1].

Les différences provinciales sont aussi frappantes. Les proportions de cyclistes qui portent toujours un casque vont de 12 p. 100 au Manitoba à 53 p. 100 en Colombie-Britannique. Outre les règlements sévères de la Colombie-Britannique sur le port du casque (ainsi que ceux d'autres provinces et villes), ces écarts entre les provinces reflètent peut-être aussi les différences quant au type de cyclisme populaire dans ces provinces ainsi que les dangers perçus associés à ces diverses conditions.

Dans l'ensemble, les femmes sont plus susceptibles que les hommes (92 et 80 p. 100) de toujours insister pour que leurs passagers portent leur ceinture de sécurité ; cela se vérifie dans tous les groupes d'âge (tableau 49b). Seulement 60 p. 100 des hommes de 20 à 24 ans insistent toujours pour que leurs passagers portent leur ceinture de sécurité, soit le niveau le plus bas de tous les groupes d'âge et des deux sexes ; en fait, 17 p. 100 des hommes de ce groupe d'âge insistent rarement ou jamais sur le port de la ceinture de sécurité, soit le niveau le plus élevé, groupes d'âge et sexes confondus. En tout, presque 90 p. 100 des conducteurs canadiens de 45 ans et plus insistent toujours pour que leurs passagers portent leur ceinture de sécurité[2].

Fait intéressant, il n'y a presque pas de différence entre les niveaux d'instruction en ce qui concerne l'insistance sur le port de la ceinture (tableau 49b). Les gens du groupe au revenu inférieur sont plus susceptibles de toujours insister sur le port de la ceinture que ceux du groupe au revenu supérieur (89 et 83 p. 100, respectivement) (données non présentées)[2] .

Les personnes qui vivent dans un couple ayant des enfants et les chefs de famille monoparentale sont plus susceptibles de toujours insister sur le port de la ceinture que les personnes seules ou les personnes en couple sans enfant (figure 49)[2]. Cela est probablement attribuable au fait que les passagers des premiers groupes sont souvent leurs propres enfants, auquel cas la sécurité devient un facteur encore plus important que pour les passagers adultes ou étrangers.

Il y a certaines différences dignes de mention entre les provinces en ce qui concerne le port de la ceinture de sécurité. La proportion de conducteurs qui insistent toujours pour que leurs passagers portent leur ceinture de sécurité se trouvent à un minimum de 77-78 p. 100 au Manitoba et en Alberta, et à un maximum de 88-89 p. 100 à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique (tableau 49b).

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[4].

Les questions sur le port du casque protecteur étaient auto-déclarées, et posées à chaque personne qui montait à bicyclette. Les questions sur les raisons de ne pas porter de casque n'ont pas été répétées en 1996-1997. Les questions concernant l'insistance sur le port de la ceinture de sécurité étaient auto-déclarées, et n'étaient posées qu'aux personnes de 16 ans et plus qui détenaient un permis de conduire en règle.

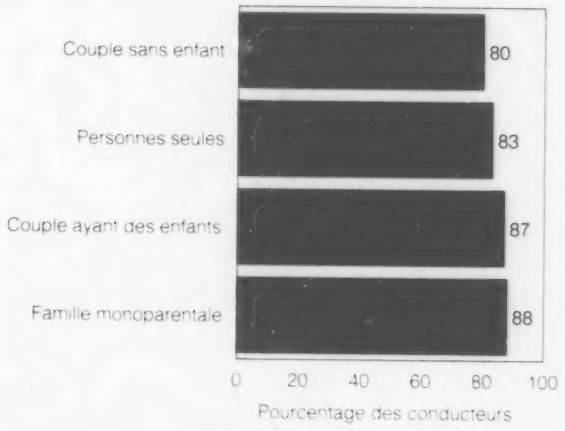
Ouvrages de référence

1. Millar, W. et I. Pless, « Facteurs liés au port du casque à vélo », *Rapports sur la santé*, automne 1997, vol. 9, n° 2, p. 31 à 39, n° de catalogue 82-003-XPB.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.

3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.

4. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

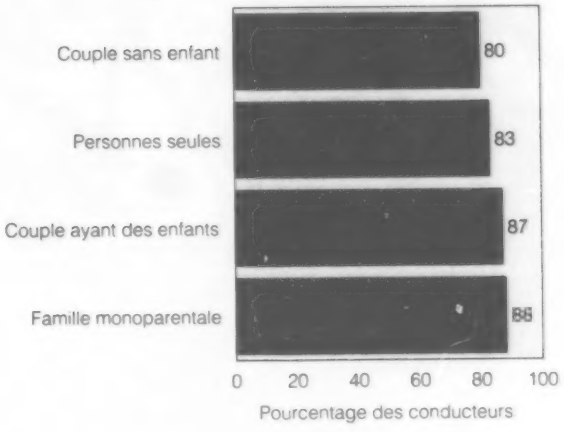
Figure 49 **Personnes qui insistent toujours sur le port de la ceinture de sécurité par les passagers, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), conducteurs, 16 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 49 **Personnes qui insistent toujours sur le port de la ceinture de sécurité par les passagers, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), conducteurs, 16 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 49a **Fréquence du port du casque protecteur, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, cyclistes, 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**6 043**	**29**	**7**	**6**	**59**
Hommes	3 411	28	7	7	59
Femmes	2 632	31	7	6	56
Total, 12 à 14 ans	561	40	14	14	31
Hommes	311	41	13	13	33
Femmes	250	40	16	15	29
Total, 15 à 17 ans	597	15	8	12	65
Hommes	382	16	8	13	63
Femmes	214	14	7	9	70
Total, 18 à 19 ans	351	14	8	9	69
Hommes	188	14	7	#	67
Femmes	163	14	#	#	72
Total, 20 à 24 ans	607	23	8	5	64
Hommes	337	20	8	4	67
Femmes	271	28	8	5	60
Total, 25 à 34 ans	1 268	33	5	4	57
Hommes	690	30	6	5	60
Femmes	577	37	5	4	54
Total, 35 à 44 ans	1 383	32	5	5	58
Hommes	760	32	5	5	59
Femmes	623	32	5	5	57
Total, 45 à 54 ans	697	32	7	3	58
Hommes	408	34	5	3	57
Femmes	289	28	9	#	59
Total, 55 à 64 ans	366	31	6	#	60
Hommes	208	28	#	#	62
Femmes	158	36	#	#	58
Total, 65 à 74 ans	173	29	#	#	60
Hommes	104	27	#	#	61
Femmes	69	31	#	#	58
Total, 75 ans et +	41	#	#	#	77
Hommes	24	#	#	0	68
Femmes	17	#	#	#	89
Inférieur au secondaire	1 845	16	6	8	71
Secondaire	2 221	23	5	7	65
Collégial	982	23	6	3	49
Universitaire	979	36	7	4	34
Terre-Neuve	85	#	#	#	69
Île-du-Prince-Édouard	18	#	#	#	68
Nouvelle-Écosse	133	37	#	#	50
Nouveau-Brunswick	145	21	#	#	67
Québec	1 778	19	7	6	69
Ontario	1 935	33	8	7	52
Manitoba	220	12	5	4	79
Saskatchewan	197	#	#	#	82
Alberta	596	26	8	8	58
Colombie-Britannique	935	53	#	#	36

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 49b **Fréquence du port de la ceinture de sécurité par les passagers, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, automobilistes, 16 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement ou jamais
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 16 ans ou +	**18 656**	**86**	**8**	**3**	**4**
Hommes	9 809	80	10	4	7
Femmes	8 847	92	5	1	2
Total, 16 à 17 ans	361	80	10	5	5
Hommes	195	74	12	7	8
Femmes	166	87	8	#	#
Total, 18 à 19 ans	575	75	11	5	9
Hommes	305	68	12	7	14
Femmes	270	84	10	3	3
Total, 20 à 24 ans	1 563	71	12	6	11
Hommes	809	60	14	9	17
Femmes	754	84	10	3	4
Total, 25 à 34 ans	3 952	82	9	3	6
Hommes	2 001	74	12	4	10
Femmes	1 952	90	6	2	2
Total, 35 à 44 ans	4 774	89	7	1	3
Hommes	2 496	85	9	2	4
Femmes	2 278	93	5	1	1
Total, 45 à 54 ans	3,349	89	6	2	3
Hommes	1 755	84	9	3	4
Femmes	1 594	94	3	1	1
Total, 55 à 64 ans	2 094	89	6	1	3
Hommes	1 115	84	9	2	5
Femmes	979	95	3	#	1
Total, 65 à 74 ans	1 407	92	4	2	2
Hommes	772	90	5	2	3
Femmes	635	93	3	#	1
Total, 75 ans et +	581	91	4	1	3
Hommes	361	89	5	2	4
Femmes	220	95	3	#	#
Inférieur au secondaire	3 750	85	8	2	5
Secondaire	7 845	86	8	2	4
Collégial	3 758	86	7	2	5
Universitaire	3 199	85	8	3	4
Terre-Neuve	326	88	8	#	#
Île-du-Prince-Édouard	91	83	10	#	#
Nouvelle-Écosse	588	82	8	#	8
Nouveau-Brunswick	492	88	4	#	#
Québec	4 571	87	6	3	4
Ontario	6 977	86	7	2	4
Manitoba	681	77	12	4	7
Saskatchewan	634	82	9	#	7
Alberta	1 735	78	12	3	7
Colombie-Britannique	2 564	89	6	#	3

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

50

Relations sexuelles

Introduction

La santé sexuelle revêt de plus en plus d'importance étant donné que les comportements sexuels non protégés peuvent entraîner des conséquences comme l'infertilité ou des maladies graves comme le sida (sujet 71) ou d'autres maladies transmises sexuellement (sujet 70). Parmi les pratiques sexuelles sans danger les plus couramment recommandées, on trouve l'usage systématique du condom, surtout dans les relations à court terme où les antécédents sexuels du partenaire ne sont pas nécessairement connus. Avoir des partenaires multiples augmente le risque.

Le présent chapitre traite de l'usage régulier du condom avec un nouveau partenaire et avec d'autres partenaires au cours de la dernière année.

Fréquence des relations sexuelles à risque, 1996-1997

Les résultats de l'*Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997* (ENSP) laissent supposer que nombre de Canadiennes et de Canadiens sont à risque en ce qui concerne le VIH et d'autres maladies transmises sexuellement (MTS) en raison de leur comportement sexuel. Parmi les Canadiens de 15 à 59 ans qui vivent une relation depuis moins de 12 mois, un sixième (16 p. 100) n'ont pas utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle et 8 p. 100 ont déclaré ne *jamais* en utiliser. Trois pour cent des Canadiens avaient eu trois partenaires sexuels ou plus au cours des 12 mois précédant l'ENSP (tableau 50)[1].

Différences entre les groupes

Les hommes semblent être plus à risque que les femmes, car ils sont deux fois plus susceptibles de déclarer avoir eu trois partenaires sexuels ou plus dans la dernière année même s'ils étaient aussi susceptibles de ne pas avoir utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle qu'ils ont eue avec un partenaire de moins de 12 mois (16 p. 100) (tableau 50).

Le pourcentage des personnes qui déclarent ne pas avoir utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire de moins de 12 mois va de 8 p. 100 chez les 50 à 59 ans et les 15 à 17 ans, jusqu'à 26 p. 100 chez les 18 à 19 ans (tableau 50). La proportion la plus élevée (10 p. 100) qui déclare ne *jamais* utiliser de condom avec un partenaire de moins de 12 mois se trouve chez les 35 à 44 ans.

Selon la province, le pourcentage des personnes qui déclarent ne pas avoir utilisé de condom lors de la dernière relation sexuelle qu'elles ont eue avec un partenaire de moins de 12 mois varie de 8 p. 100 en Ontario à 31 p. 100 en Alberta (tableau 50).

Il y a un lien entre le niveau de risque et la probabilité d'avoir subi un test de dépistage du VIH (voir le sujet 20). Par exemple, les tests de dépistage du VIH sont au moins deux fois plus élevés chez les personnes qui ont eu deux partenaires sexuels ou plus dans l'année précédente que chez celles qui n'ont pas eu de partenaire sexuel ou qui en ont eu un seul (figure 50)[2].

Méthodes et définitions

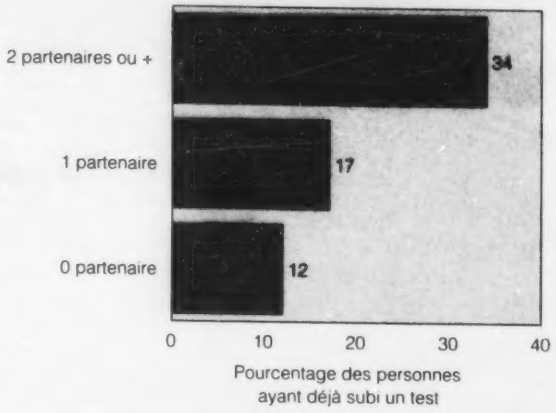
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet se fondent sur l'échantillon des répondants de

15 à 59 ans et seules les déclarations directes (pas de substitut) ont été acceptées[3].

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Division de l'épidémiologie du VIH, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 50 **Probabilité d'un test de dépistage du VIH, selon le nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année, population de 18 à 59 ans, Canada, 1996–1997**



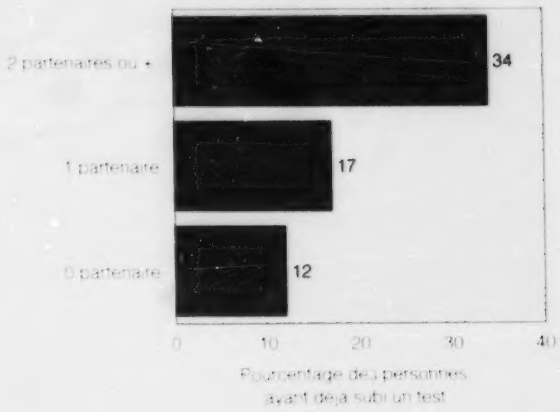
Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

15 à 59 ans et seules les déclarations directes (pas de substitut) ont été acceptées[1].

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Division de l'épidémiologie du VIH, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Probabilité d'un test de dépistage du VIH, selon le nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année, population de 18 à 59 ans, Canada, 1996–1997



Source : Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales

Tableau 50 **Comportements sexuels à risque élevé, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 15 à 59 ans, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Utilisation d'un condom avec un partenaire sexuel de moins de 12 mois[a]			Trois partenaires sexuels ou + au cours de la dernière année[b]
		Parfois	Jamais	Pas la dernière fois	
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 à 59 ans	**18 835**	**6**	**8**	**16**	**3**
Hommes	9 454	8	8	16	5
Femmes	9 381	5	9	16	2
Total, 15 à 17 ans	1 268	#	#	8	8
Hommes	666	#	#	#	#
Femmes	601	#	#	#	#
Total, 18 à 19 ans	822	9	#	26	12
Hommes	394	#	#	25	16
Femmes	428	#	#	27	8
Total, 20 à 24 ans	1 870	12	9	23	9
Hommes	950	14	8	21	11
Femmes	920	7	11	27	6
Total, 25 à 34 ans	4 434	8	9	18	4
Hommes	2 189	9	8	17	6
Femmes	2 246	7	9	20	2
Total, 35 à 44 ans	5 275	6	10	15	2
Hommes	2 665	8	9	18	3
Femmes	2 610	#	11	12	1
Total, 45 à 49 ans	2 049	#	9	12	1
Hommes	1 057	#	11	16	2
Femmes	992	#	#	#	#
Total, 50 à 59 ans	3 118	#	7	8	1
Hommes	1 533	#	8	9	1
Femmes	1 585	#	6	6	#
Inférieur au secondaire	4 197	3	8	12	3
Secondaire	7 963	6	7	14	3
Collégial	3 544	5	8	14	2
Universitaire	3 043	4	4	9	2
Terre-Neuve	370	#	#	#	#
Île-du-Prince-Édouard	86	#	#	#	#
Nouvelle-Écosse	580	#	#	#	#
Nouveau-Brunswick	491	#	#	#	#
Québec	4 750	#	14	23	3
Ontario	7 128	3	4	8	2
Manitoba	667	4	7	13	4
Saskatchewan	567	#	#	#	#
Alberta	1 740	#	#	31	4
Colombie-Britannique	2 457	#	#	23	5

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Pourcentage des personnes qui ont ce type de relation. Le taux de non-réponse était près de 50 p. 100.

[b] Pourcentage des personnes qui ont eu un rapport sexuel au cours de la dernière année. Le taux de non-réponse était de 12 p. 100.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

51

Exposition solaire et protection

Introduction

En 1999, on estimait à 3 500 le nombre de nouveaux cas de mélanomes malins et à 770 le nombre de décès, ce qui indique une hausse constante de l'incidence et de la mortalité depuis 1969. Les décès chez les hommes étaient une fois et demie le taux des femmes, et les chiffres de 1999 indiquent des sommets records chez les hommes, mais non chez les femmes[1,2]. Les cataractes ont été déclarées par 659 000 Canadiennes et Canadiens de 18 ans et plus en 1996-1997[3]. Puisque les mélanomes et les cataractes sont deux résultats à long terme d'une exposition excessive au soleil, les dermatologues et autres autorités en matière de santé publique s'emploient activement à conseiller la population depuis quelques années, afin de limiter l'exposition au soleil de midi. Cela vaut surtout pour les enfants, dont la peau peut être plus sensible et qui ont plus d'années d'exposition potentielle où la protection naturelle de la couche d'ozone sera réduite.

Le présent chapitre décrit l'étendue de l'exposition solaire et les mesures de protection adoptées par les Canadiens en 1996.

Exposition solaire et protection, 1996

L'exposition prolongée au soleil est la norme pour nombre de Canadiens, au travail, au jeu et durant les voyages d'hiver dans le sud. L'exposition quotidienne de plus de 30 minutes de juin à août a été déclarée par 92 p. 100 des 4,6 millions de personnes qui sont tenues de travailler à l'extérieur et 79 p. 100 de celles qui passent leurs loisirs dehors ; des durées semblables d'exposition ont été déclarées par 89 p. 100 des 3,3 millions de Canadiens qui ont voyagé dans le sud dans les mois d'hiver[4].

La majorité des personnes qui passent 30 minutes ou plus au soleil durant leurs heures de *loisir* l'été prennent des mesures protectrices sous une forme quelconque, mais de larges proportions ne le font pas régulièrement. En effet, certaines des mesures les plus faciles, comme par exemple utiliser de la crème solaire sur le visage et le corps et porter un chapeau, sont *rarement* ou *jamais* utilisées par près de la moitié de ces personnes (tableau 51)[4]. Les mesures les plus communément utilisées par les adultes consistent à demeurer à l'ombre (72 p. 100 au moins le font « parfois »), à porter des lunettes solaires (70 p. 100) et des vêtements protecteurs comme des chemises à manches longues (67 p. 100) et à éviter le soleil entre 11 h et 14 h (66 p. 100).

Les parents sont beaucoup plus consciencieux quand il s'agit de préserver leurs enfants du soleil, car les lunettes solaires semblent être la seule mesure qui est considérablement sous-utilisée (figure 51)[4].

Différences entre les groupes

Bien que les hommes soient plus susceptibles que les femmes de déclarer 30 minutes ou plus d'exposition au soleil au travail, au jeu et en voyage, la vaste majorité des deux sexes ont été exposés dans les trois lieux. Il y a peu d'écart d'exposition selon l'âge, le niveau d'instruction ou la région (données non présentées).

La variation la plus étendue et la plus importante entre les groupes consiste dans l'utilisation, ou la sous-utilisation de mesures protectrices précises (tableau 51). À l'exception de porter un chapeau et des vêtements protecteurs, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'*éviter* habituellement les mesures de protection contre le soleil. Cette différence est très frappante en ce qui concerne l'utilisation d'écran solaire, que les hommes n'utilisent qu'à moitié aussi souvent que les femmes. Contrairement à ces différences entre les sexes, il n'y a pas de modèle cohérent de mesures protectrices liées à l'âge. Plus le revenu augmente, plus l'utilisation

d'écran et de lunettes solaires s'accroît, mais *moins* on a tendance à chercher l'ombre ou à éviter le soleil de midi.

Les comparaisons entre régions laissent croire que les résidents de la Colombie-Britannique et de l'Ontario font l'utilisation la plus constante des mesures protectrices (tableau 51). Les Québécois sont, dans une large mesure, les moins susceptibles de porter un chapeau ou des vêtements protecteurs, tandis que les résidents des Prairies font l'utilisation la moins constante d'écran solaire et que les Canadiens de l'Atlantique sont les moins enclins à demeurer à l'ombre. Les mesures pour protéger les enfants varient aussi plus ou moins, mais les échantillons restreints empêchent les comparaisons. Les enfants des Maritimes sont les moins susceptibles d'éviter les rayons du midi, et ceux du Québec sont les moins enclins à porter des lunettes solaires (données non présentées).

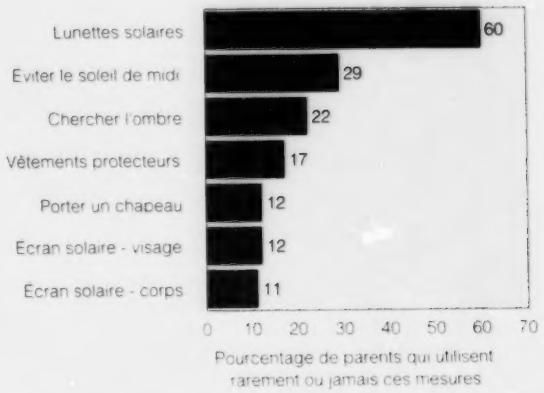
Définitions et méthodes

Statistique Canada a mené l'*Enquête sur l'exposition au soleil* pour l'Institut national du cancer du Canada, l'Association canadienne de dermatologie, l'Association canadienne des optométristes et d'autres organismes afin d'évaluer les niveaux d'exposition et de décrire les mesures prises par les Canadiens pour se protéger. Les entrevues téléphoniques auprès d'un échantillon d'un peu plus de 4 000 personnes de 15 ans et plus ont eu lieu durant les mois de septembre et octobre 1996. Les répondants répondaient pour eux-mêmes sauf dans le cas des enfants de 12 ans et moins, pour lesquels un parent fournissait l'information. Les mesures protectrices décrites ici ne concernent que les personnes qui passent 30 minutes ou plus au soleil chaque jour, un niveau qui a été prédéterminé dans le cadre de la procédure de l'entrevue[5].

Ouvrages de référence

1. Institut national du cancer du Canada et Statistique Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1999*, Toronto, 1999.
2. Gaudette L. et R. Gao, *Changing Trends in Melanoma Incidence and Mortality*. Rapports de santé 1998; Vol. 10 nº 2, p. 29 à 39, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996 : Guide de l'utilisateur des microdonnées*, nº de catalogue 62M0019XDBGPE.

Figure 51 **Mesures sous-utilisées pour la réduction de l'exposition des enfants au soleil, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, totalisations spéciales.

d'écran et de lunettes solaires s'accroît, mais *moins* on a tendance à chercher l'ombre ou à éviter le soleil de midi.

Les comparaisons entre régions laissent croire que les résidents de la Colombie-Britannique et de l'Ontario font l'utilisation la plus constante des mesures protectrices (tableau 51). Les Québécois sont, dans une large mesure, les moins susceptibles de porter un chapeau ou des vêtements protecteurs, tandis que les résidents des Prairies font l'utilisation la moins constante d'écran solaire et que les Canadiens de l'Atlantique sont les moins enclins à demeurer à l'ombre. Les mesures pour protéger les enfants varient aussi plus ou moins, mais les échantillons restreints empêchent les comparaisons. Les enfants des Maritimes sont les moins susceptibles d'éviter les rayons du midi, et ceux du Québec sont les moins enclins à porter des lunettes solaires (données non présentées).

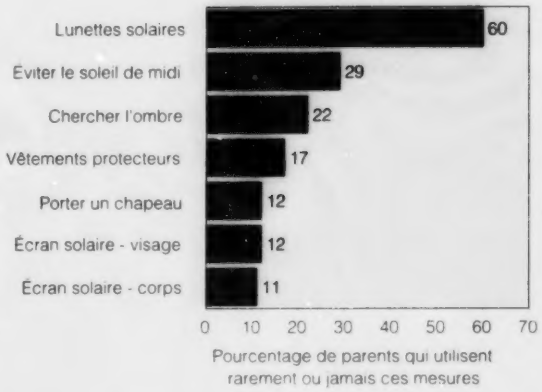
Définitions et méthodes

Statistique Canada a mené l'*Enquête sur l'exposition au soleil* pour l'Institut national du cancer du Canada, l'Association canadienne de dermatologie, l'Association canadienne des optométristes et d'autres organismes afin d'évaluer les niveaux d'exposition et de décrire les mesures prises par les Canadiens pour se protéger. Les entrevues téléphoniques auprès d'un échantillon d'un peu plus de 4 000 personnes de 15 ans et plus ont eu lieu durant les mois de septembre et octobre 1996. Les répondants répondaient pour eux-mêmes sauf dans le cas des enfants de 12 ans et moins, pour lesquels un parent fournissait l'information. Les mesures protectrices décrites ici ne concernent que les personnes qui passent 30 minutes ou plus au soleil chaque jour, un niveau qui a été prédéterminé dans le cadre de la procédure de l'entrevue[5].

Ouvrages de référence

1. Institut national du cancer du Canada et Statistique Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1999*, Toronto, 1999.
2. Gaudette L. et R. Gao, *Changing Trends in Melanoma Incidence and Mortality*. Rapports de santé 1998; Vol. 10 nº 2, p. 29 à 39, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996 : Guide de l'utilisateur des microdonnées*, nº de catalogue 62M0019XDBGPE.

Figure 51 **Mesures sous-utilisées pour la réduction de l'exposition des enfants au soleil, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, totalisations spéciales.

Tableau 51 **Mesures rarement ou jamais utilisées pour la protection contre le soleil durant les loisirs, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la région, personnes exposées durant 30 minutes ou plus chaque jour de juin à août, 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Estimé de population	Chercher l'ombre	Évite le soleil de midi	Porte un chapeau	Vêtements protecteurs	Lunettes solaires	Écran solaire sur le visage	Écran solaire sur le corps
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**18 540**	**28**	**34**	**41**	**33**	**30**	**47**	**48**
Hommes	9 891	32	39	31	30	34	63	62
Femmes	8 649	22	27	53	35	26	29	32
Total, 15 à 19 ans	1 842	32	39	46	37	38	41	42
Hommes	952	36	38	30	33	48	57	60
Femmes	890	27	40	62	41	27	24	23
Total, 20 à 24 ans	1 641	36	45	50	45	26	51	44
Hommes	852	43	52	33	40	23	60	55
Femmes	789	29	36	69	51	29	42	33
Total, 25 à 34 ans	3 952	29	34	47	32	27	45	40
Hommes	2 030	34	41	36	30	33	62	54
Femmes	1 922	23	27	58	34	20	26	25
Total, 35 à 44 ans	4 087	26	32	44	32	26	42	42
Hommes	2 221	29	37	34	29	29	57	53
Femmes	1 866	22	26	56	35	22	23	29
Total, 45 à 54 ans	2 952	27	32	41	32	27	48	52
Hommes	1 618	33	38	37	29	30	67	70
Femmes	1 334	20	25	46	36	23	26	30
Total, 55 à 64 ans	1 772	22	27	30	28	38	47	56
Hommes	1 026	29	36	24	30	44	63	74
Femmes	746	#	#	37	25	29	26	31
Total, 65 à 74 ans	1 476	21	30	31	30	40	56	68
Hommes	776	21	37	#	#	39	68	77
Femmes	700	#	#	45	36	42	43	57
Total, 75 ans et +	818	29	29	23	24	39	67	76
Hommes	416	#	#	#	#	#	83	88
Femmes	402	#	#	#	#	35	51	64
Revenu inférieur	942	23	31	48	33	39	63	72
Revenu moyen-inférieur	2 789	26	33	44	32	39	54	55
Revenu moyen	3 373	29	35	43	31	32	49	51
Revenu moyen-supérieur	5 945	26	30	40	33	29	46	46
Revenu supérieur	3 213	36	40	36	37	25	40	41
Revenu non déclaré	2 279	28	33	42	34	29	49	49
Atlantique	1 533	33	36	37	27	34	49	51
Québec	4 414	29	39	52	41	36	45	47
Ontario	6 883	26	30	38	30	27	45	46
Prairies	3 206	30	32	37	31	32	55	55
Colombie-Britannique	2 503	25	34	39	30	24	44	47

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, totalisations spéciales.

52

Changements en vue d'améliorer la santé

Introduction

L'importance du comportement individuel comme facteur déterminant de l'état de santé est reconnue officiellement dans les politiques du gouvernement fédéral depuis au moins un quart de siècle[1]. Bien que ces dernières années, on ait mis l'accent sur les facteurs déterminants socio-économiques[2] plutôt que sur le comportement, l'éducation en matière de santé axée sur le comportement individuel demeure l'une des stratégies prédominantes de promotion de la santé au niveau de la population, et l'un de ses défis (sujets 36 et 38).

Sur le plan individuel, on reconnaît généralement que les comportements personnels, soit la nutrition, l'usage du tabac et l'exercice, sont les facteurs déterminants clés de la santé et qu'ils ont beaucoup plus d'influence que les services de santé, l'environnement ou la génétique[3]. Étant donné cet état d'esprit et la présence assez constante de conseils et d'encouragement à l'égard de modes de vie sains, il n'est pas étonnant que la population fasse ou envisage des changements de comportements en vue d'améliorer sa santé. Le présent chapitre examine l'étendue et la nature de ces changements.

Changements de comportements réels, nécessaires et prévus, 1996-1997

Près de la moitié (47 p. 100) de la population canadienne de 12 ans ou plus déclare avoir changé certains comportements en vue d'améliorer sa santé dans l'année précédant l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, et une proportion légèrement plus grande (54 p. 100) croit que d'autres changements seraient nécessaires. De ce groupe toutefois, plus des deux tiers (69 p. 100) ont avoué l'intention de changer ses comportements dans l'année à venir (tableau 52)[4].

Parmi ceux qui reconnaissent le besoin de changement, davantage d'exercice est le besoin mentionné le plus souvent, suivi de la diminution du tabagisme, d'une meilleure nutrition et de la perte de poids (figure 52a)[4]. Le manque de volonté et le manque de temps semblent être les principaux obstacles à de meilleurs modes de vie (figure 52b)[4].

Ces résultats s'apparentent à ceux de 1990, où 49 p. 100 des adultes canadiens déclaraient avoir effectué des changements l'année précédente, et où 51 p. 100 prévoyaient en faire l'année suivante, davantage d'exercice étant le projet le plus souvent cité[5].

Différences entre les groupes

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de rapporter des modifications de comportements au cours de l'année précédente, de reconnaître le besoin de changements additionnels et de prévoir les effectuer durant l'année à venir (tableau 52). Bien que constantes, ces différences entre les sexes sont toutefois moins prononcées que celles en fonction de l'âge. Avec l'âge, il y a une baisse générale du changement de comportement, qu'il soit réel, nécessaire ou prévu. Par exemple, les Canadiens de 20 à 44 ans sont deux fois plus enclins que les aînés à croire qu'il est nécessaire d'apporter un changement pour leur santé. Cela est conforme aux tendances de 1990[5].

Il n'y a pas de relation systématique entre le niveau d'instruction et le changement de comportement (tableau 52), à l'inverse de 1990, où les changements réels et prévus étaient plus répandus à mesure que s'élevait le niveau d'instruction[5].

Les changements de comportement au cours de l'année précédente sont déclarés le plus souvent en Ontario (50 p. 100), et le moins souvent en Saskatchewan (39 p. 100), bien que les résidents de cette province soient les moins susceptibles de déclarer des intentions de changer dans la prochaine

année (56 p. 100), et ceux de la Colombie-Britannique les plus enclins à vouloir changer (73 p. 100) (tableau 52). Si ces intentions se concrétisent, cela accroîtra les écarts existants entre les provinces en ce qui concerne les habitudes comme l'usage du tabac et l'exercice (sujets 40 et 46). Les Ontariens semblent croire avoir effectué suffisamment de changements puisqu'ils sont *les moins* susceptibles de voir le besoin de changer davantage durant la prochaine année, et que leurs intentions de changer sont également faibles. Les habitants de l'Alberta sont les plus enclins à déclarer le besoin de changer (61 p. 100) et les Québécois sont ceux qui déclarent le plus d'intentions d'effectuer des changements (79 p. 100).

Définitions et méthodes

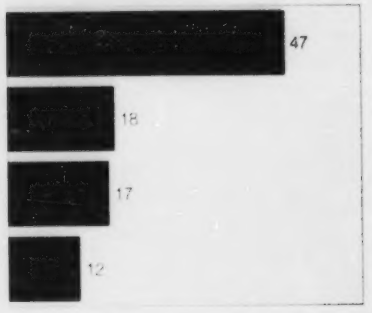
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997 dans le cadre du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 20 000 ménages qui avaient également participé au premier cycle de l'enquête deux ans auparavant, pour un total de 16 000 répondants qui ont fourni des renseignements complets. Soixante-six mille répondants additionnels (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) ont aussi été interrogés pour obtenir des données détaillées transversales sur des questions approfondies de santé. Les résultats de ce sujet sont fondés sur un échantillon complet de 82 000 répondants âgés de 12 ans ou plus[6].

Les questions sur les changements de comportement ont été posées au début de l'entrevue, avant que les questions détaillées sur les comportements précis puissent influencer les réponses, surtout en ce qui concerne les questions sur les changements nécessaires et prévus. Aucune réponse de tiers n'était acceptée à cette série de questions. Les questions sur les changements *réels* et *nécessaires* ont été posées à chaque personne indépendamment l'une de l'autre. Cependant, les questions sur les changements *prévus* étaient confinées à ceux qui disaient croire au besoin de changer.

Ouvrages de référence

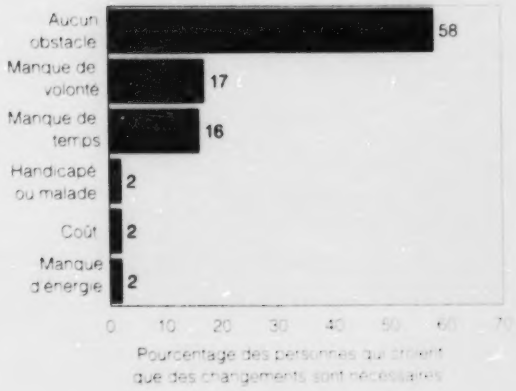
1. Lalonde, M., *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1973.
2. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population*, préparé pour la Conférence des ministres de la Santé, Halifax, septembre 1994.
3. Sondage Santé Canada, *Rapport Aperçu du 14e sondage*, mai à juillet 1996, Toronto; Price Waterhouse Coopers and Earl Berger.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
5. Feather, J. et K. L. Green, « Les habitudes et intentions en matière de santé », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.
6. Statistique Canada « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Autoévaluation des changements nécessaires pour améliorer la santé, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997



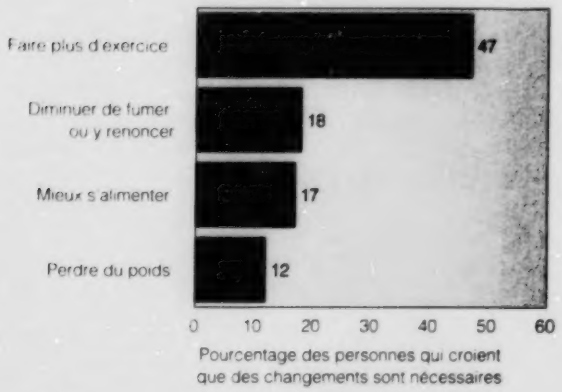
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 5.10 Obstacles aux changements jugés nécessaires, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997



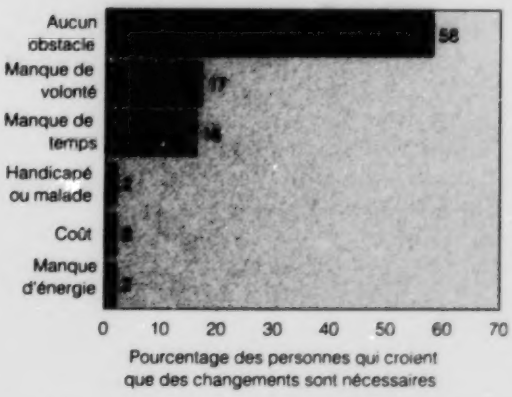
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 52a **Autoévaluation des changements nécessaires pour améliorer la santé, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 52b. **Obstacles aux changements jugés nécessaires, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 52 **Changements au profit de la santé, selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, 12 ans et plus, Canada, 1996–1997**

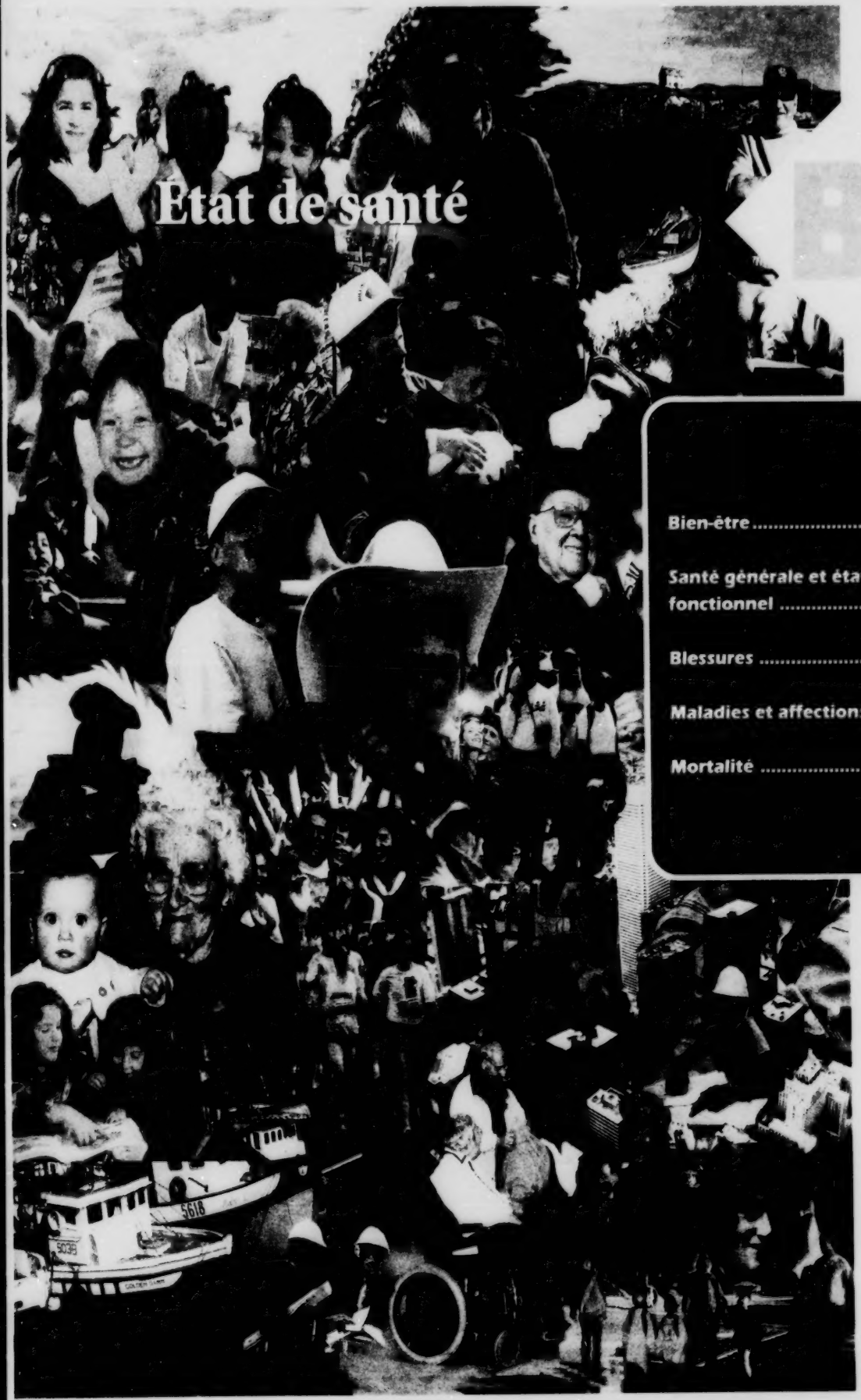
	Estimé de population	L'année dernière		À l'avenir
		A pris des mesures pour améliorer sa santé	Croit que des mesures s'imposent	Entend prendre les mesures nécessaires[a]
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**47**	**54**	**69**
Hommes	12 099	44	53	67
Femmes	12 495	50	56	70
Total, 12 à 14 ans	1 175	55	45	67
Hommes	604	58	42	70
Femmes	571	51	49	64
Total, 15 à 17 ans	1 268	56	55	73
Hommes	666	56	49	76
Femmes	601	56	62	70
Total, 18 à 19 ans	822	57	59	71
Hommes	394	58	56	67
Femmes	428	56	62	74
Total, 20 à 24 ans	1 870	59	62	72
Hommes	950	55	61	70
Femmes	920	63	63	74
Total, 25 à 34 ans	4 434	50	61	73
Hommes	2 189	47	59	70
Femmes	2 246	53	64	75
Total, 35 à 44 ans	5 275	44	62	69
Hommes	2 665	40	62	68
Femmes	2 610	48	62	70
Total, 45 à 54 ans	3 795	48	59	68
Hommes	1 949	42	57	66
Femmes	1 846	53	62	70
Total, 55 à 64 ans	2 540	46	48	65
Hommes	1 203	41	46	61
Femmes	1 337	50	50	69
Total, 65 à 74 ans	2 085	39	35	58
Hommes	926	35	33	53
Femmes	1 159	41	36	62
Total, 75 ans et +	1 331	24	20	51
Hommes	552	24	17	47
Femmes	779	24	22	53
Inférieur au secondaire	7 550	39	48	65
Secondaire	9 407	46	55	70
Collégial	4 050	45	52	62
Universitaire	3 444	46	54	63
Terre-Neuve	478	41	57	60
Île-du-Prince-Édouard	113	43	59	64
Nouvelle-Écosse	775	46	57	67
Nouveau-Brunswick	632	44	55	68
Québec	6 131	44	57	79
Ontario	9 323	50	49	62
Manitoba	902	46	53	65
Saskatchewan	801	39	52	56
Alberta	2 244	48	61	70
Colombie-Britannique	3 196	49	59	73

[a] Pourcentage des personnes ayant déclaré la nécessité de changer.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

B

État de santé



Bien-être 233

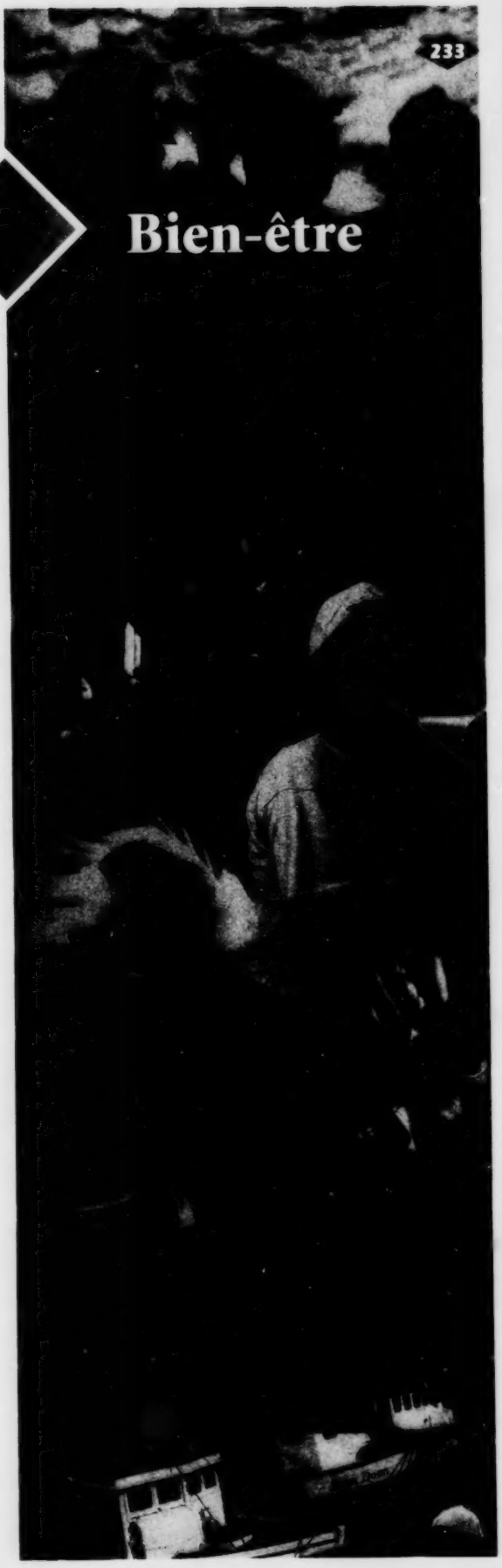
Santé générale et état fonctionnel 245

Blessures 259

Maladies et affections 273

Mortalité 323

Bien-être



La plupart des gouvernements ont désormais adopté des définitions semblables à celle de l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle la santé « est plus que l'absence de maladie, elle est un élément essentiel à l'exercice des activités quotidiennes ». Les ministères provinciaux et fédéral de la Santé du Canada ne font pas exception à la règle. En pratique cependant, la plupart des indicateurs de l'état de santé sont axés sur la maladie et la mort ; en général, l'absence de maladie ou la prorogation de la mort sont les seuls indicateurs d'un bon état de santé. La présente partie sur le bien-être, bien que brève, est importante parce qu'elle est la seule à présenter des statistiques actuelles sur les aspects favorables de la santé. Elle ne contient que trois sujets, sur un total de trente-deux, qui décrivent l'état de santé, ce qui indique la rareté de ces indicateurs.

Aperçu

Le quart des Canadiennes et des Canadiens se déclarent en « excellente » santé, proportion inchangée depuis 1985 (sujet 53). En 1994-1995, la moitié de la population active se disait « très satisfaite » de sa situation professionnelle, une faible baisse par rapport au début des années 1990, surtout pour ce qui est des femmes (sujet 55). Même si nous disposons à présent de trois mesures de la satisfaction du bien-être psychologique, il est impossible à ce stade-ci de discerner des tendances précises (sujet 54). Toutefois, pour la génération précédente, une chose est claire: le bonheur diminue à mesure qu'on avance en âge. Dans les années 1990 par contre, une batterie de mesures de la santé mentale ont révélé que le bien-être psychologique *s'accroît* avec l'âge. La misère, le stress et la dépression s'appliquent dorénavant à la jeunesse plus qu'à la vieillesse.

L'état de santé autoévalué varie beaucoup selon le statut social, mais les variations sont moindres en ce qui a trait à deux indicateurs du bien-être psychologique : l'estime de soi et la maîtrise de la situation. La satisfaction professionnelle est définitivement liée au revenu. Parmi les mesures de bien-être, seule l'autoévaluation présente des écarts interprovinciaux mais ces écarts sont peu prononcés, comparés à d'autres mesures d'état de santé décrites ultérieurement dans le *Rapport*.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Tous les indicateurs de la présente partie s'appuient, par nécessité, sur l'auto-déclaration, et on les obtient à la faveur d'enquêtes sur la population. Grâce à l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, le Canada possède dorénavant des données raisonnablement à jour sur de nombreux indicateurs de bonne santé. La continuité dans l'avenir est essentielle à la production de séries chronologiques pour ces indicateurs. Cela est particulièrement important, car des échelles comme la mesure du bien-être psychologique n'ont pas de seuil pré-défini ou de définition quant à ce que signifie une bonne santé.

Deux domaines de la bonne santé échappent encore aux enquêtes actuelles et devraient faire partie de prochaines études : la forme physique, qui n'a pas fait l'objet de mesure depuis 1988, et le bien-être social, que l'on mesure dans bien des pays à l'aide de l'échelle SF-36. Dans les prochaines études, il faudra jeter un regard rétrospectif : l'*Enquête Santé Canada* de 1978-1979 mesurait notamment la forme physique et la satisfaction, et la mise à jour de cette information permettrait de mieux comprendre les changements quant aux ressources personnelles dont dispose la population canadienne en matière de santé, en période de bouleversements économiques et sociaux (voir le sujet 11).

53

État de santé autoévalué

Introduction

L'état de santé autoévalué constitue un bon prédicteur de la présence de problèmes de santé que l'on peut mesurer avec plus « d'objectivité » (sujets 56, 59 et 68), de l'utilisation des services de santé (sujets 19 et 26) et de la longévité (sujets 82 et 84)[1]. L'état de santé autoévalué est le bilan qu'un individu fait de sa santé physique et mentale en fonction de ses propres valeurs. La forme que revêt habituellement l'état de santé autoévalué dans les enquêtes sur la population permet d'évaluer des aspects favorables de la santé qui ne se caractérisent pas uniquement par l'absence de problèmes de santé.

Le présent chapitre porte sur les résultats obtenus récemment auprès d'un échantillon important de Canadiennes et de Canadiens de 12 ans ou plus, à qui l'on a demandé d'évaluer leur propre état de santé.

État de santé autoévalué, 1996-1997

En 1996-1997, un quart (25 p. 100) des Canadiens indiquent que leur santé est excellente, et plus du tiers d'entre eux (38 p. 100) la considèrent très bonne. Seulement 9 p. 100 décrivent leur santé comme étant bonne ou mauvaise (tableau 53)[2]. Parmi la population de 15 ans ou plus, l'état de santé autoévalué demeure pratiquement inchangé depuis 1985, mais on observe une légère baisse du pourcentage de personnes qui évaluent leur santé comme bonne ou mauvaise (figure 53a)[2,3,4].

Même si la comparaison à l'échelle internationale est limitée en raison de l'absence de normalisation des mesures de l'état de santé perçu, on peut quand même comparer entre eux certains pays de l'OCDE, sous toute réserve[5]. En 1995, parmi les huit pays du groupe, seule la Norvège présentait un taux d'état de santé autoévalué « bon ou meilleur » supérieur à celui du Canada en 1996-1997 (figure 53b)[2,5]. Parmi les pays occidentaux, le taux le plus faible appartient à l'Allemagne, où seulement 46 p. 100 des personnes estiment que leur santé est « bonne ou meilleure ». À 44 p. 100, la Corée du Sud affiche le taux le plus bas des huit pays. Il faut cependant noter que ces écarts peuvent représenter à la fois des conceptions différentes de la santé et des différences réelles de l'état de santé.

Différences entre les groupes

Les hommes sont légèrement plus susceptibles que les femmes d'évaluer leur état de santé comme étant excellent ou très bon, mais les différences sont minimes et se rapportent généralement aux groupes plus jeunes (tableau 53). On constate une détérioration certaine de l'état de santé autoévalué avec l'âge. Par exemple, l'état de santé qualifié de moyen ou de mauvais passe de 2 p. 100, chez les 12 à 14 ans, à 19 p. 100, chez les Canadiens âgés de 75 ans et plus.

Il y a un parallèle certain entre l'état de santé autoévalué et le niveau de revenu adéquat : seulement 18-19 p. 100 des personnes au revenu inférieur se déclarent en excellente santé, contre 33 p. 100 des personnes au revenu supérieur. En outre, 21 p. 100 des Canadiens au revenu inférieur évaluent leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, comparativement à seulement 5 p. 100 des Canadiens au revenu supérieur (tableau 53).

Étant donné la constance de l'indicateur « état de santé autoévalué » au fil des ans, les différences provinciales étonnent (tableau 53). Seulement 17 p. 100 des résidents de la Saskatchewan se considèrent en excellente santé, comparativement à 27 p. 100 des Québécois. Les Néo-Écossais sont les plus susceptibles de considérer leur santé comme moyenne (10 p. 100), tandis que les résidents du

Québec, de Terre-Neuve, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sont les moins susceptibles de l'évaluer ainsi (7 p. 100). Ces différences coïncident avec celles qui ont été observées pour les indicateurs « risque de dépression » (sujet 75) et « jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines » (sujet 57), pour lesquels les Néo-Écossais ont obtenu les pourcentages les plus élevés, ainsi que pour l'indicateur « bien-être psychologique » (sujet 54), où ceux-ci ont obtenu le plus faible pourcentage.

Il n'y a pas de données récentes sur l'état de santé autoévalué des Canadiens d'origine autochtone, aux fins de comparaison.

Définitions et méthodes

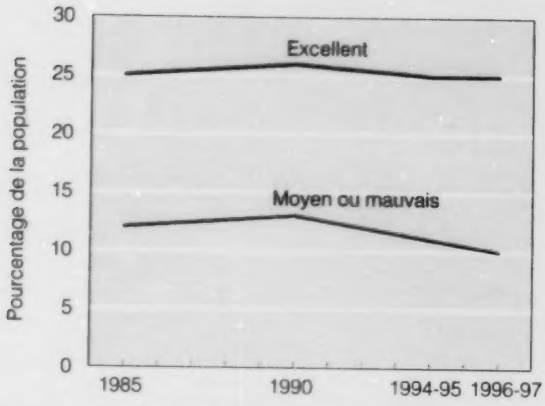
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur ce sujet ont été posées à l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[6].

On a demandé aux répondants de classer leur propre état de santé dans l'une des cinq catégories proposées ; ils ne devaient pas le comparer à celui d'autres personnes de leur âge, contrairement aux versions antérieures de la question (avant 1994-1995). Étant donné que l'état de santé autoévalué diminue avec l'âge peu importe le libellé de la question (tableau 53), il n'est pas déraisonnable de comparer les résultats d'une année à l'autre, comme à la figure 53a.

Ouvrages de référence

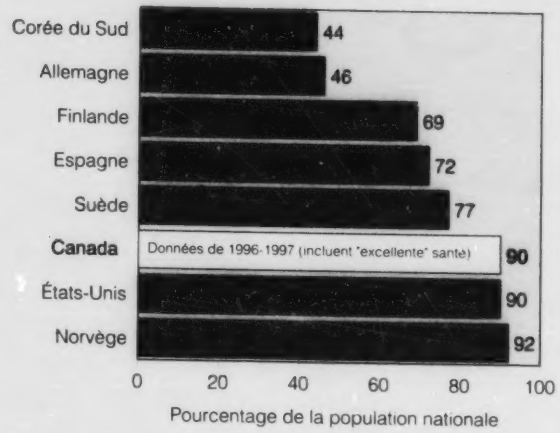
1. Adams O., « L'état de santé », dans Santé et Bien-être social Canada, Rootman I., R. Warren, T. Stephens et L. Peters (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1985 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-119, 1988.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Adams O. « L'état de santé », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T., et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2, 1990F.
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).
6. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 53a **État de santé autoévalué, population de 15 ans ou plus, Canada, 1985 à 1996–1997**



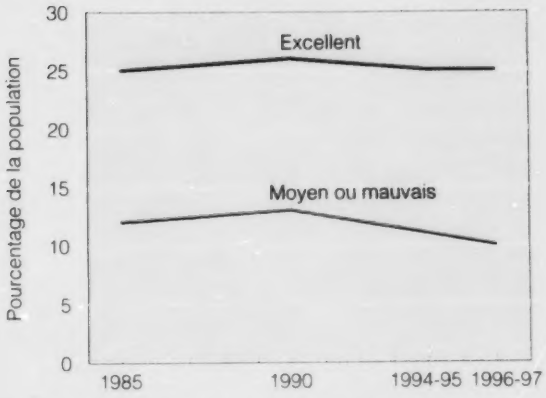
Sources: Adams O., "L'état de santé" dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada : Rapport technique, 1990*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F ; et Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 53b **État de santé autoévalué de bon à excellent, population de 15 ans ou plus, pays choisis de l'OCDE, 1995**



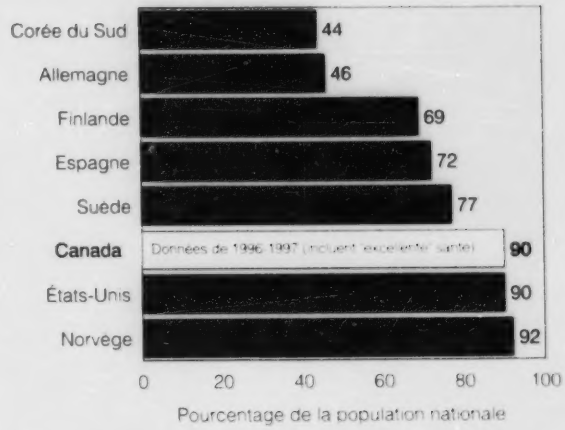
Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 98* (CD-ROM) ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 53a **État de santé autoévalué, population de 15 ans ou plus, Canada, 1985 à 1996–1997**



Sources: Adams O., "L'état de santé" dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada : Rapport technique, 1990*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F ; et Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 53b **État de santé autoévalué de bon à excellent, population de 15 ans ou plus, pays choisis de l'OCDE, 1995**



Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 98* (CD-ROM) ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 53 **État de santé autoévalué selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**25**	**38**	**27**	**7**	**2**
Hommes	12 099	26	39	26	7	2
Femmes	12 495	24	38	27	8	2
Total, 12 à 14 ans	1 151	32	41	25	2	#
Hommes	580	37	39	22	2	#
Femmes	571	26	43	27	3	#
Total, 15 à 17 ans	1 284	29	43	23	4	#
Hommes	683	36	41	20	3	#
Femmes	601	20	45	27	6	#
Total, 18 à 19 ans	826	25	50	22	3	#
Hommes	403	29	51	17	3	#
Femmes	424	22	49	26	3	#
Total, 20 à 24 ans	1 873	34	40	22	3	0
Hommes	948	38	37	21	3	#
Femmes	924	30	43	24	3	#
Total, 25 à 34 ans	4 472	31	42	22	4	1
Hommes	2 209	30	44	21	4	1
Femmes	2 263	31	41	23	5	1
Total, 35 à 44 ans	5 238	26	41	26	5	1
Hommes	2 645	26	42	26	5	1
Femmes	2 593	27	40	26	5	1
Total, 45 à 54 ans	3 771	24	38	27	8	2
Hommes	1 922	25	39	26	7	2
Femmes	1 849	23	38	27	9	2
Total, 55 à 64 ans	2 565	19	33	32	12	5
Hommes	1 231	20	32	31	12	5
Femmes	1 334	18	34	31	12	5
Total, 65 à 74 ans	2 096	13	29	38	15	5
Hommes	930	14	30	34	17	6
Femmes	1 166	13	28	41	13	4
Total, 75 ans et +	1 320	10	26	37	19	8
Hommes	549	9	26	39	17	8
Femmes	771	11	26	35	21	7
Revenu inférieur	970	19	28	32	16	5
Revenu moyen-inférieur	2 262	18	32	32	14	5
Revenu moyen	6 194	22	39	29	8	2
Revenu moyen-supérieur	7 962	26	41	26	6	1
Revenu supérieur	3 107	33	40	22	4	1
Revenu non déclaré	4 100	27	37	27	8	3
Terre-Neuve	478	26	45	20	7	#
Île-du-Prince-Édouard	113	22	45	23	8	#
Nouvelle-Écosse	775	20	43	25	10	#
Nouveau-Brunswick	632	21	37	31	9	#
Québec	6 131	27	37	28	7	1
Ontario	9 323	25	39	25	7	3
Manitoba	902	21	39	29	8	2
Saskatchewan	801	17	39	34	8	#
Alberta	2 244	25	38	26	7	2
Colombie-Britannique	3 196	25	38	29	7	2

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

54

Bien-être psychologique

Introduction

Un des défauts communs des mesures de l'état de santé est qu'elles nous aident rarement à comprendre des aspects *positifs* de la santé qui vont au-delà de la notion d'absence d'infirmité et de maladie. On peut définir le bien-être, ou la santé, comme étant les caractéristiques physiques, mentales et sociales grâce auxquelles un individu peut surmonter avec succès les problèmes de santé et de fonctionnement[1]. Trois mesures correspondent étroitement à cette conception du bien-être psychologique, *soit le sens de cohérence, l'estime de soi et la maîtrise de la situation*. Grâce au sens de cohérence, les événements sont compréhensibles, les défis sont surmontables et la vie a un sens. Tout porte à croire qu'un sens de cohérence marqué permet à un individu de demeurer en santé, notamment en bonne santé physique[2]. L'estime de soi désigne le sentiment de sa propre valeur en tant que personne, alors que la maîtrise de la situation mesure jusqu'à quel point un individu perçoit l'emprise qu'il possède sur sa propre existence (on trouvera plus de détails sur ces définitions ci-dessous). Ces trois attributs psychologiques permettent de mieux composer avec les agents stressants (sujets 8 et 9)[3].

Le présent chapitre traite des résultats de ces trois attributs psychologiques, tels qu'ils ont été mesurés dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*.

Bien-être psychologique, 1994-1995

Les échelles servant à mesurer ces trois éléments produisent une foule de résultats différents, et il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue un sens de cohérence, une estime de soi ou une maîtrise de la situation « élevé » ou « suffisant ». Par conséquent, nous avons utilisé des résultats arbitraires pour définir les niveaux élevés des trois attributs. Cela permet de comparer les groupes entre eux, mais les énoncés liés aux niveaux absolus de bien-être psychologique ne sont pas significatifs. Ainsi, 28 p. 100 des Canadiennes et de Canadiens possèdent un sens de cohérence élevé, 49 p. 100, une estime de soi élevée, et 21 p. 100, une excellente maîtrise de la situation.

En outre, comme l'ENSP de 1994-1995 était la première enquête nationale à employer ces mesures, on ne peut établir de tendances temporelles.

Différences entre les groupes

Les hommes tendent à déclarer une maîtrise de la situation légèrement supérieure à celle des femmes, mais l'écart est minime quant à cet attribut et inexistant quant aux deux autres (tableau 54)[4]. On observe toutefois que le bien-être psychologique est, en moyenne, à son plus bas niveau chez les plus jeunes (figure 54)[4]. On remarque aussi que le sens de cohérence, la mesure la plus générale des trois, augmente avec l'âge : les aînés de 75 ans et plus sont environ trois fois plus enclins que les 18-19 ans à obtenir des résultats élevés à l'échelle du sens de cohérence. Ces écarts selon l'âge correspondent aux mesures de *mauvaise santé* psychologique comme la *dépression*, dont la fréquence *diminue* avec l'âge (sujet 75). Cette association généralement favorable entre le bien-être psychologique et l'âge va totalement à l'encontre du phénomène que l'on observait il y a une génération, quand, par exemple, les aînés étaient plus susceptibles que les jeunes d'être dépressifs[3].

Il existe peu ou pas de corrélation entre les résultats du sens de cohérence et le niveau d'instruction, après normalisation des données en fonction de l'âge, mais il y en a une, positive, entre l'estime de soi et, surtout, la maîtrise de la situation (tableau 54).

Les différences interprovinciales de bien-être psychologique sont minimes en ce qui concerne le

sens de cohérence et la maîtrise de la situation, mais notables pour ce qui est de l'estime de soi (tableau 54). Les Québécois sont nettement au-dessus de la moyenne au regard de l'estime de soi, tandis que les résidents des provinces Atlantiques, du Manitoba et de la Saskatchewan sont généralement au-dessous de la moyenne en matière d'estime de soi et de maîtrise de la situation. Ces résultats suggèrent un certain lien, dans l'ensemble, entre le bien-être psychologique et la santé économique, bien qu'il existe sans doute beaucoup d'autres variables que seule une analyse détaillée pourrait expliquer.

Définitions et méthodes

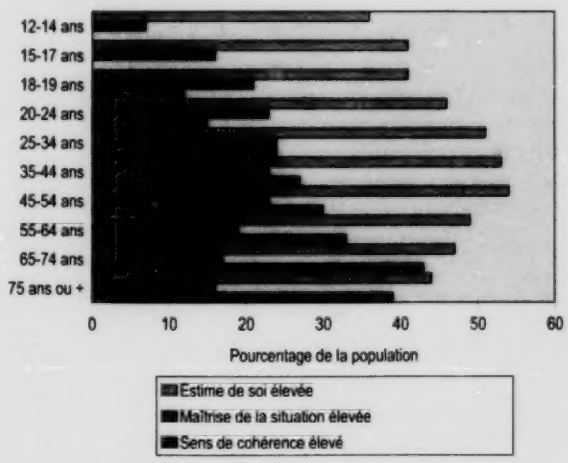
Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada, en juin, août et novembre 1994 ainsi qu'en mars 1995, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 22 000 ménages et les données sont basées sur un échantillon formé de personnes âgées de 12 ans ou plus en ce qui concerne l'estime de soi et la maîtrise de la situation, et de 18 ans et plus, pour ce qui est du sens de cohérence[5]. (Les données sur la population du tableau 54 relatives au niveau d'instruction et à la province concernent les 12 ans et plus).

Les résultats en ce qui concerne le sens de cohérence sont basés sur la version abrégée de l'échelle, qui comporte 13 questions. Les résultats « élevés » représentent un total de 67 ou plus (environ le 70e centile), sur une échelle de 4 à 78. Les résultats « élevés » à l'échelle de l'estime de soi, qui est fondée sur l'échelle standard de cet attribut[6], représentent un total de 20 ou plus, sur un total possible de 24, et ceux de la maîtrise de la situation, selon sept questions[7], sont élevés si le total est de 23 et plus, sur un maximum possible de 28. Ces seuils sont basés sur des maximums au moment de la répartition des résultats, et il ne faut leur prêter aucune signification clinique.

Ouvrages de référence

1. Stephens T., « Mesure du bien-être », dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, préparé pour la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, septembre 1993.
2. Antonovsky A., « The structure and properties of the Sense of Coherence scale », *Social Science and Medicine*, 1993, vol. 36, n° 6, p. 725-733.
3. Stephens, T., *Population Mental Health in Canada*, rapport rédigé pour l'Unité de la promotion de la santé mentale, Santé Canada, mai 1998.
4. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
5. Tambay J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, n° 7, p. 29-38, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
6. Rosenberg, M., *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1965.
7. Pearlin, L.I., M. Lieberman, E. Menaghan et J. Mullan, « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, 1981, n° 22, p. 337-356.

Figure 54. **Trois indicateurs de bonne santé mentale, selon l'âge*, Canada, 1994–1995**



* 12 ans ou plus en ce qui concerne l'estime de soi et la maîtrise de la situation ; 18 ans ou plus en ce qui concerne le sens de la cohérence.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994–1995*, totalisations spéciales.

Tableau 54 **Trois indicateurs de bien-être psychologique, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, 1994–1995**

	Estimé de population	Estime de soi élevée	Maîtrise de la situation élevée	Sens de cohérence élevé
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**23 949**	**49**	**21**	**28[a]**
Hommes	11 780	49	22	29
Femmes	12 168	49	19	28
Total, 12 à 14 ans	1 326	36	7	–
Hommes	706	34	9	–
Femmes	620	38	#	–
Total, 15 à 17 ans	1 235	41	16	–
Hommes	588	47	18	–
Femmes	647	35	14	–
Total, 18 à 19 ans	811	41	21	12
Hommes	469	40	22	12
Femmes	342	42	18	#
Total, 20 à 24 ans	1 740	46	23	15
Hommes	837	48	25	16
Femmes	902	45	20	15
Total, 25 à 34 ans	4 755	51	24	24
Hommes	2 338	51	25	23
Femmes	2 418	50	24	25
Total, 35 à 44 ans	4 864	53	23	27
Hommes	2 474	54	24	28
Femmes	2 390	51	22	26
Total, 45 à 54 ans	3 504	54	23	30
Hommes	1 817	52	24	30
Femmes	1 687	55	21	31
Total, 55 à 64 ans	2 462	49	19	33
Hommes	1 152	48	22	39
Femmes	1 309	50	17	28
Total, 65 à 74 ans	2 060	47	17	43
Hommes	920	44	19	44
Femmes	1 140	49	16	43
Total, 75 ans et +	1 191	44	16	39
Hommes	478	43	14	39
Femmes	713	45	17	38
Inférieur au secondaire	7 986	41	14	26
Secondaire	9 007	51	21	28
Collégial	3 806	47	21	30
Universitaire	3 109	53	29	32
Terre-Neuve	483	35	13	36
Île-du-Prince-Édouard	110	40	17	33
Nouvelle-Écosse	764	37	19	28
Nouveau-Brunswick	626	41	14	27
Québec	6 030	62	22	25
Ontario	9 050	47	22	30
Manitoba	891	34	13	31
Saskatchewan	792	34	15	34
Alberta	2 166	44	22	28
Colombie-Britannique	3 037	46	21	28

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] 18 ans et plus : la population estimative des trois premières rangées est : Total, 18 ans et plus : 21 388 ; Hommes : 10 486 ; Femmes : 10 901.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

55

Satisfaction professionnelle

Introduction

Presque les deux tiers des Canadiennes et des Canadiens (15,4 millions de personnes) font partie de la population active (sujet 7), et la satisfaction professionnelle fait partie intégrante du bien-être psychologique d'un individu (sujet 54). Le stress en milieu de travail (sujet 9), très répandu, et les conditions d'emploi (sujet 7) sont des facteurs qui contribuent à la satisfaction professionnelle.

Le présent chapitre porte sur la satisfaction professionnelle des Canadiens actifs.

Fréquence de la satisfaction professionnelle en 1994-1995

En 1994-1995, la moitié de la population active de 15 ans ou plus (50 p. 100) a déclaré être très satisfaite au travail. Quarante-et-un pour cent des individus se sont déclarés plus ou moins satisfaits, tandis que 9 p. 100 ont indiqué ne pas être satisfaits (tableau 55)[1].

Entre 1991 et 1994-1995, on constate une diminution de la proportion de Canadiens actifs se disant très satisfaits au travail (figure 55)[1,2].

Différences entre les groupes

Dans l'ensemble, on observe des différences minimes entre les sexes quant à la satisfaction professionnelle. Toutefois, la situation de 1994-1995 est différente de ce qu'elle était en 1991, quand les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être très satisfaites au travail (figure 55).

La satisfaction professionnelle augmente de façon marquée avec l'âge. Les aînés actifs (de 65 à 74 ans) sont de loin les plus satisfaits au travail, tandis que les jeunes de 15 à 24 ans sont les moins susceptibles de se déclarer très satisfaits au travail (tableau 55). Cette tendance s'apparente à celle qui est observée pour d'autres indicateurs comme la dépression (sujet 75), le stress en milieu de travail (sujet 9) et le bien-être psychologique (sujet 54).

Bien que le lien entre le niveau d'instruction et le degré élevé de satisfaction professionnelle soit peu marqué, on constate que les diplômés du secondaire sont plus susceptibles que le Canadien moyen de se déclarer insatisfaits au travail (tableau 55). On ne discerne aucun lien marqué entre le revenu adéquat et la satisfaction professionnelle élevée, bien que les personnes au revenu inférieur sont plus susceptibles d'être insatisfaites de leur travail (14 p. 100) que celles au revenu supérieur (8 p. 100) (données non présentées)[1].

Il existe certaines variations frappantes entre les provinces à ce chapitre. Dans l'ensemble, les travailleurs des provinces de l'Atlantique sont plus susceptibles que le Canadien moyen de se déclarer très satisfaits au travail. Au Nouveau-Brunswick, 58 p. 100 des travailleurs se disent très satisfaits de leur emploi. La population active des trois provinces les plus peuplées (le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique) est la moins susceptible de se dire très satisfaite au travail (47, 50 et 50 p. 100, respectivement).

Définitions et méthodes

Ces données proviennent des entrevues personnelles réalisées par Statistique Canada en juin, août et novembre 1994 ainsi qu'en mars 1995, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. L'enquête visait plus de 22 000 ménages ; ces données sont basées sur un échantillon formé de près de 10 000 personnes actives de 15 ans ou plus[3].

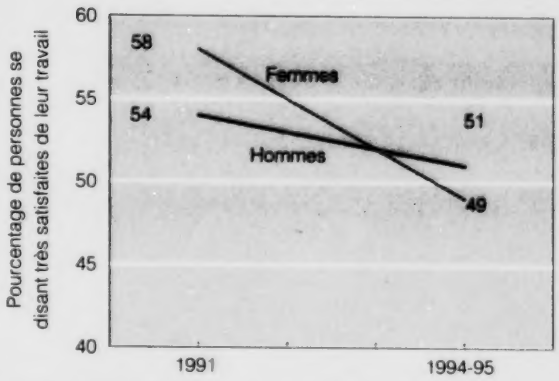
Les réponses « pas satisfait » comprennent les réponses « pas très satisfait » et « pas satisfait du tout », ces dernières n'étant pas assez nombreuses pour être enregistrées individuellement.

On n'a pas répété cette mesure lors de l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-97.*

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, « Santé et travail », dans *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête sociale générale, série analytique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994, Statistique Canada, nº de catalogue 11-612F, nº 8.
3. Tambay J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, nº 7, p. 29-38., Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Figure 55. **Satisfaction professionnelle très élevée, population active de 15 ans ou plus, Canada, 1991 à 1994–1995**



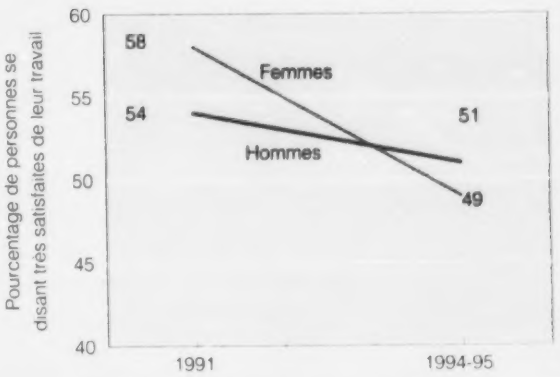
Sources: Statistique Canada, *Enquête sociale générale, 1991*, totalisations spéciales ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

On n'a pas répété cette mesure lors de l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-97*.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, « Santé et travail », dans *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête sociale générale, série analytique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994, Statistique Canada, n° de catalogue 11-612F, n° 8.
3. Tambay J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, n° 7, p. 29-38., Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.

Figure 55 **Satisfaction professionnelle très élevée, population active de 15 ans ou plus, Canada, 1991 à 1994–1995**



Sources: Statistique Canada, *Enquête sociale générale, 1991*, totalisations spéciales ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

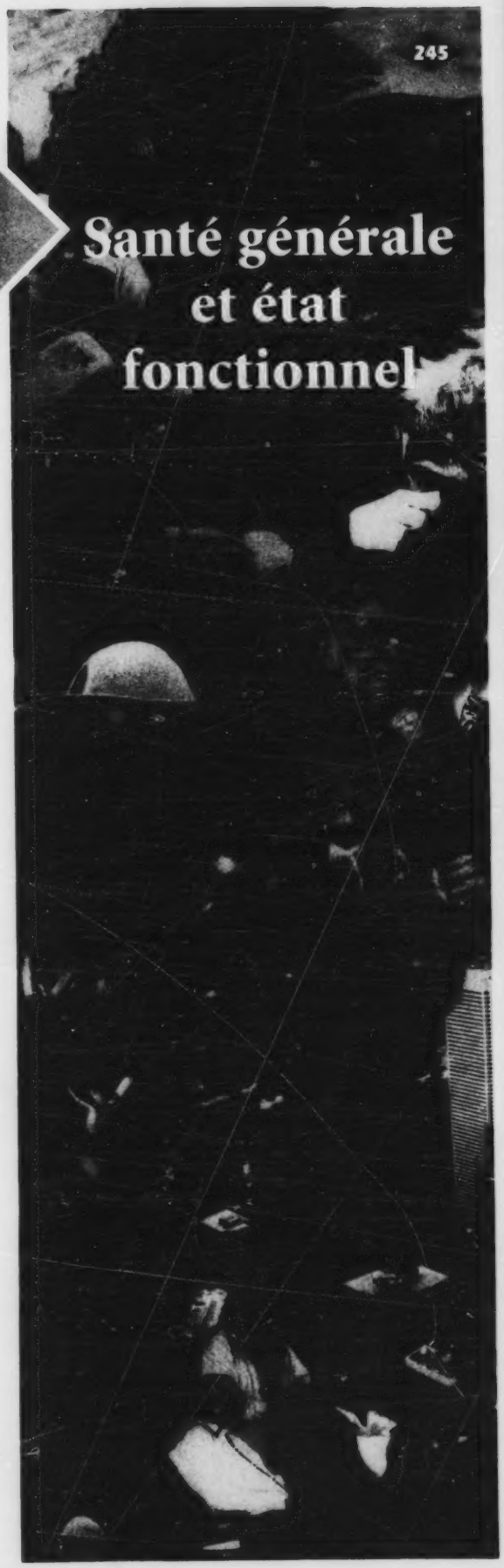
Tableau 55 **Satisfaction professionnelle, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population active de 15 ans ou plus, Canada, 1994–1995**

	Estime de population	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)
Total, 15 ans ou +	**12 222**	**50**	**41**	**9**
Hommes	6 611	51	40	9
Femmes	5 611	49	42	10
Total, 15 à 17 ans	424	40	47	#
Hommes	181	45	41	#
Femmes	243	36	52	#
Total, 18 à 19 ans	423	37	49	14
Hommes	237	40	48	#
Femmes	186	33	51	#
Total, 20 à 24 ans	1 023	37	51	12
Hommes	500	36	53	12
Femmes	523	38	50	12
Total, 25 à 34 ans	3 330	45	44	11
Hommes	1 758	45	44	11
Femmes	1 572	44	44	11
Total, 35 à 44 ans	3 497	53	38	8
Hommes	1 907	54	39	7
Femmes	1 591	52	37	10
Total, 45 à 54 ans	2 372	57	37	7
Hommes	1 346	58	35	8
Femmes	1 026	55	39	5
Total, 55 à 64 ans	966	60	33	7
Hommes	551	59	30	#
Femmes	415	62	36	#
Total, 65 à 74 ans	173	72	#	#
Hommes	120	68	#	#
Femmes	53	80	#	0
Total, 75 ans et +	15	#	#	0
Hommes	12	#	#	0
Femmes	3	#	0	0
Inférieur au secondaire	2 291	55	36	8
Secondaire	5 248	52	38	11
Collégial	2 520	52	41	7
Universitaire	2 153	55	37	8
Terre-Neuve	197	53	40	#
Île-du-Prince-Édouard	57	55	38	7
Nouvelle-Écosse	391	54	39	7
Nouveau-Brunswick	270	58	37	#
Québec	2 374	47	45	8
Ontario	5 005	50	40	10
Manitoba	505	51	40	8
Saskatchewan	422	51	41	9
Alberta	1 327	52	39	9
Colombie-Britannique	1 675	50	40	10

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995*, totalisations spéciales.

Santé générale et état fonctionnel



Cette brève section présente quatre indicateurs de la santé générale et de l'état fonctionnel. L'indice McMaster (sujet 56), les jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines (sujet 57) et la limitation des activités (sujet 58) sont des mesures complètes de la santé et de la capacité de fonctionner à un niveau « normal », et d'accomplir les tâches quotidiennes. Ces mesures mettent surtout l'accent sur la santé physique (quoique la notion soit habituellement implicite). Cela est manifeste par la description des conditions qui causent une limitation d'activités (sujet 59) et par les questions de l'indice McMaster. Même si ces trois éléments sont des mesures complètes de la santé, puisqu'ils ne sont pas liés à des états particuliers, ils sont davantage apparentés aux mesures

traditionnelles présentées dans les sections suivantes, dans la mesure où on ne peut définir le meilleur état de santé que par l'absence de problèmes.

Aperçu

En 1996-1997, un tiers des Canadiennes et des Canadiens se déclarent en « excellente » santé à l'indice McMaster, une légère amélioration par rapport à 1994-1995. Parallèlement, on observe pour la même période une diminution de 20 à 16 p. 100 de la proportion de personnes qui déclarent une limitation des activités. Par ailleurs, le Canadien moyen a déclaré 0,85 jour d'activités réduites au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, une *hausse* de 20 p. 100 comparativement à 1978-1979. Les troubles dorsaux et neurologiques continuent d'être les principales causes de limitation des activités.

Ces trois mesures, l'indice McMaster, les jours d'incapacité et la limitation des activités, sont nettement liées au statut social. La fréquence des problèmes qu'elles révèlent diminue à mesure qu'augmente le niveau de revenu et/ou le niveau d'instruction. Les écarts interprovinciaux sont également plus prononcés pour ces mesures que pour celles du bien-être de la section précédente. En effet, selon ces mesures, les problèmes de santé sont de 32 à 78 p. 100 plus fréquents dans les provinces qui occupent les derniers rangs du classement que dans celles qui dominent le peloton. À l'instar d'autres groupes d'indicateurs sur la santé cependant, les provinces occupent des rangs différents selon les indicateurs.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

La limitation des activités et les jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines ont été mesurés dans toutes les enquêtes sur la population canadienne depuis l'*Enquête Santé Canada*, tandis que l'indice McMaster (qu'on appelle aussi système de mesure complet de l'état de santé) est un ajout récent. Chaque indicateur est utile pour mesurer l'état de santé global, malgré l'absence d'un véritable aspect favorable. L'indice McMaster est unique en son genre, dans la mesure où son système de notation comprend divers facteurs de pondération quant à l'importance liée à divers états de mauvaise santé.

À l'instar de toute mesure de la santé, la cohérence temporelle de l'utilisation de ces indicateurs est cruciale. À cet égard, les modifications apportées aux questions sur la limitation des activités qui empêchent la comparaison avec toute enquête antérieure à 1994-1995 représentent une limite, laquelle n'est toutefois pas insurmontable.

56

État de santé fonctionnel

Introduction

L'état de santé fonctionnel désigne l'évaluation globale de la santé axée sur les capacités fonctionnelles nécessaires à l'accomplissement des tâches quotidiennes. *L'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* a mesuré l'état de santé fonctionnel à l'aide du système de mesure de l'état de santé global (SMESG) élaboré à l'Université McMaster[1]. Ce système de mesure combine une description et une évaluation de l'état de santé sous la forme d'un score variant de 0 (décès) à 1 (en parfaite santé).

État de santé fonctionnel, 1996-1997

La plupart des Canadiennes et des Canadiens adultes ont un score de santé à l'indice de santé ou des affections mineures qui peuvent être entièrement corrigées comme la presbytie, la myopie ou une légère perte d'audition. Le score moyen global pour la population âgée de 12 ans ou plus est de 0,91. Selon le SMESG, 90 p. 100 des hommes et 86 p. 100 des femmes ont un niveau de santé élevé (score égal ou supérieur à 0,80). Cela représente une hausse par rapport à 1994-1995, où 88 p. 100 des hommes et 83 p. 100 des femmes ont obtenu ces résultats[3]. En 1996-1997, environ le tiers des adultes (38 p. 100 d'hommes et 31 p. 100 de femmes) ont obtenu un score parfait à l'indice de santé (score de 1,00 ou 100 p. 100)[2].

Différences entre les groupes

Comme il fallait s'y attendre, la santé globale est fonction de l'âge : entre le groupe des 12 à 24 ans et le groupe des 75 ans et plus, la proportion d'individus ayant un score parfait chute de plus de 50 p. 100 à 8 p. 100 chez les hommes, et de plus de 45 p. 100 à 6 p. 100 chez les femmes (tableau 56). Toutefois, au moins 60 p. 100 des aînés de 75 ans et plus, et environ 80 p. 100 des personnes de 55 à 74 ans, ont indiqué un très bon niveau de santé.

Les problèmes de santé se rattachant aux huit caractéristiques semblent plus fréquents parmi les groupes d'âge avancé. Toutefois, la mesure dans laquelle l'état de santé fonctionnel diminue avec l'âge diffère pour chaque caractéristique de la santé. Ce sont les troubles affectifs, la perte de la vision et d'audition ainsi que la douleur qui augmentent le plus avec l'âge (données non présentées).

Au regard de la santé affective, les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge font état d'un niveau de santé inférieur par rapport à toutes les autres composantes de l'indice de santé. En outre, les scores des hommes au chapitre de la santé affective diminuent davantage des jeunes aux plus âgés que pour toute autre composante de la santé des hommes (données non présentées). Pour ce qui est des femmes, les scores diminuent également, de façon importante, des groupes jeunes aux groupes plus âgés, dans une proportion considérable. Cette tendance liée à l'âge contredit les mesures du bien-être psychologique (sujet 54) ou de la satisfaction professionnelle (sujet 55) qui en général s'améliorent avec l'âge. Les troubles visuels, la perte d'audition et la douleur augmentent progressivement des groupes jeunes aux groupes plus âgés, tant pour les hommes que pour les femmes. En revanche, les difficultés motrices varient peu avec l'âge jusqu'à 75 ans. Cependant, dans le groupe des 75 ans et plus, on constate que les difficultés motrices sont plus importantes pour les femmes que pour les hommes. Les hommes et les femmes de tous âges ont déclaré un niveau élevé de raisonnement, de mémoire et de dextérité (il est possible que ces résultats soient faussés par l'omission des personnes vivant dans les établissements).

Il existe un lien entre l'état de santé fonctionnel et le revenu adéquat. En effet, les scores moyens

augmentent avec chaque niveau de revenu. Quatre-vingt-onze pour cent des personnes au revenu moyen-supérieur et supérieur déclarent un très bon état de santé (0,80 ou plus), contre 77 p. 100 des personnes au revenu inférieur (tableau 56). Seulement les trois quarts des hommes (75 p. 100) et presque 80 p. 100 des femmes au revenu inférieur se déclarent en très bonne santé, comparativement à 93 p. 100 des hommes et à 90 p. 100 des femmes au revenu supérieur (figure 56)[2]. Ces résultats coïncident avec ceux des études qui illustrent la constance du lien entre l'état de santé fonctionnel et le chômage, le fait d'être un manœuvre ou d'avoir un faible revenu[4].

On observe certains écarts interprovinciaux à ce chapitre. La population de Terre-Neuve est la plus susceptible d'obtenir un score parfait à l'indice de santé (41 p. 100), tandis que les habitants de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick sont les moins susceptibles (31 p. 100) de le faire (tableau 56). Ces positions relatives de Terre-Neuve et de Colombie-Britannique contrastent avec leurs positions face à certains déterminants importants de la santé, dont l'éducation (sujet 5), le faible revenu (sujet 6), et le chômage (sujet 7). Mais elles sont logiques avec leurs positions relatives sur le stress (sujet 8). Ceci montre bien la complexité des facteurs qui influencent l'état de santé.

Définitions et méthodes

Comme on l'a mentionné, le SMESG permet de mesurer l'état de santé fonctionnel en combinant deux éléments, soit la « description » et « l'évaluation » de l'état de santé fonctionnel. La description de l'état de santé fonctionnel global d'un individu s'appuie sur huit attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la connaissance (mémoire et pensée), les émotions (sentiments) ainsi que la douleur et l'inconfort. La description de l'état de santé d'un individu est le vecteur (ensemble de huit chiffres) servant à indiquer le niveau de capacité fonctionnelle propre à chaque attribut.

L'élément « évaluation » est dérivé des réponses obtenues lors d'une enquête menée par l'Université McMaster[1], où les répondants devaient classer différents problèmes de santé selon la gravité de leur incidence sur la santé. Les éléments « description » et « évaluation » de chaque caractéristique de santé ont été combinés pour donner un score global pour chaque répondant. Ce score permet de regrouper n'importe quel vecteur des huit caractéristiques de santé en une valeur globale de santé se situant entre 0 et 1. Par exemple, un individu souffrant de presbytie et obtenant un score parfait pour les sept autres caractéristiques se verra accorder un score de 0,95 (ou 95 p. 100). Les scores reflètent les vues de la société concernant l'état de santé et reposent sur un échantillon représentatif d'individus.

Les valeurs spécifiques calculées dans le présent document sont provisoires. Les évaluations ont été tirées de l'étude restreinte sur le cancer infantile menée à l'aide d'une version expérimentale du SMESG, utilisée dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. En conséquence, les résultats doivent être considérés comme préliminaires et approximatifs. Le SMESG a été utilisé précédemment dans le cadre de l'*Enquête sur la santé en Ontario* de 1990, de l'*Enquête sociale générale* de 1991, et de l'*Enquête nationale sur la santé de la population 1994-95*. Malgré certaines différences dans la formulation des questions de ces enquêtes, les résultats obtenus sont comparables.

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les questions sur ce sujet ont été posées à l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[5]. Étant donné qu'un grand nombre d'adultes souffrant de graves problèmes de santé habitent en établissement (centres d'accueil et d'hébergement et hôpitaux), ils ne font pas partie de la présente analyse.

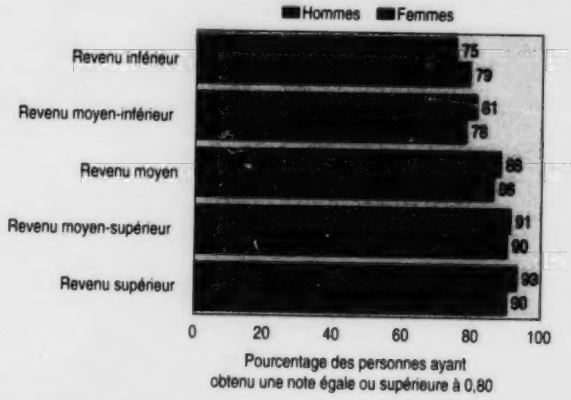
Ouvrages de référence

1. Torrance G.W., W. Furlong, D. Feeny et M.H. Boyle, « Rapport final du projet 44400900187 », *Provisional Health Status Index for the Ontario Health Survey*, présenté à Statistique Canada, février 1992.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.

4. Roberge R., J.-M. Berthelot et M.C. Wolfson, « Observed Health Differences by Socioeconomic Status in Ontario », *Rapports sur la santé*, volume 7, n° 2, p. 25 à 32, octobre 1995, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.

5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 56 **État de santé fonctionnel, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et le sexe, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 56 **État de santé fonctionnel, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Moyenne	Très bonne santé[a]	Score parfait[b]
		(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**0,91**	**88**	**35**
Hommes	0,92	90	38
Femmes	0,90	86	31
Total, 12 à 14 ans	0,96	97	57
Hommes	0,96	98	59
Femmes	0,96	96	55
Total, 15 à 17 ans	0,95	95	51
Hommes	0,95	97	52
Femmes	0,95	92	49
Total, 18 à 19 ans	0,95	94	47
Hommes	0,95	97	55
Femmes	0,94	92	40
Total, 20 à 24 ans	0,95	95	50
Hommes	0,96	96	54
Femmes	0,94	93	46
Total, 25 à 34 ans	0,94	93	49
Hommes	0,95	94	52
Femmes	0,94	93	47
Total, 35 à 44 ans	0,93	91	44
Hommes	0,93	92	46
Femmes	0,93	90	41
Total, 45 à 54 ans	0,90	87	21
Hommes	0,91	89	25
Femmes	0,89	85	16
Total, 55 à 64 ans	0,88	81	12
Hommes	0,88	83	14
Femmes	0,88	79	11
Total, 65 à 74 ans	0,87	78	9
Hommes	0,88	79	10
Femmes	0,87	77	8
Total, 75 ans et +	0,81	62	7
Hommes	0,82	65	8
Femmes	0,81	60	6
Revenu inférieur	0,86	77	29
Revenu moyen-inférieur	0,87	79	28
Revenu moyen	0,91	87	34
Revenu moyen-supérieur	0,93	91	34
Revenu supérieur	0,94	91	37
Revenu non déclaré	0,92	88	39
Terre-Neuve	0,92	91	41
Île-du-Prince-Édouard	0,91	89	35
Nouvelle-Écosse	0,89	85	33
Nouveau-Brunswick	0,90	87	31
Québec	0,92	90	33
Ontario	0,91	88	38
Manitoba	0,91	87	34
Saskatchewan	0,90	86	31
Alberta	0,91	88	35
Colombie-Britannique	0,90	86	31

[a] Note de 0,80 à 1,00.

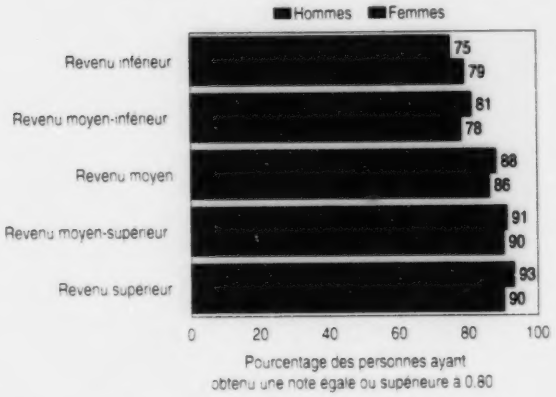
[b] Note de 1,00.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

4. Roberge R., J.-M. Berthelot et M.C. Wolfson, « Observed Health Differences by Socioeconomic Status in Ontario », *Rapports sur la santé*, volume 7, n° 2, p. 25 à 32, octobre 1995, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.

5. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 56 **État de santé fonctionnel, selon le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et le sexe, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 56 **État de santé fonctionnel, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Moyenne	Très bonne santé[a]	Score parfait[b]
		(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**0,91**	**88**	**35**
Hommes	0.92	90	38
Femmes	0.90	86	31
Total, 12 à 14 ans	0.96	97	57
Hommes	0.96	98	59
Femmes	0.96	96	55
Total, 15 à 17 ans	0.95	95	51
Hommes	0.95	97	52
Femmes	0.95	92	49
Total, 18 à 19 ans	0.95	94	47
Hommes	0.95	97	55
Femmes	0.94	92	40
Total, 20 à 24 ans	0.95	95	50
Hommes	0.96	96	54
Femmes	0.94	93	46
Total, 25 à 34 ans	0.94	93	49
Hommes	0.95	94	52
Femmes	0.94	93	47
Total, 35 à 44 ans	0.93	91	44
Hommes	0.93	92	46
Femmes	0.93	90	41
Total, 45 à 54 ans	0.90	87	21
Hommes	0.91	89	25
Femmes	0.89	85	16
Total, 55 à 64 ans	0.88	81	12
Hommes	0.88	83	14
Femmes	0.88	79	11
Total, 65 à 74 ans	0.87	78	9
Hommes	0.88	79	10
Femmes	0.87	77	8
Total, 75 ans et +	0.81	62	7
Hommes	0.82	65	8
Femmes	0.81	60	6
Revenu inférieur	0.86	77	29
Revenu moyen-inférieur	0.87	79	28
Revenu moyen	0.91	87	34
Revenu moyen-supérieur	0.93	91	34
Revenu supérieur	0.94	91	37
Revenu non déclaré	0.92	88	39
Terre-Neuve	0.92	91	41
Île-du-Prince-Édouard	0.91	89	35
Nouvelle-Écosse	0.89	85	33
Nouveau-Brunswick	0.90	87	31
Québec	0.92	90	33
Ontario	0.91	88	38
Manitoba	0.91	87	34
Saskatchewan	0.90	86	31
Alberta	0.91	88	35
Colombie-Britannique	0.90	86	31

[a] Note de 0.80 à 1.00.

[b] Note de 1.00.

Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

57

Jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines

Introduction

Les mesures de l'état de santé sont subjectives, comme l'état de santé autoévalué (sujet 53), ou objectives, comme la mesure de la tension artérielle à l'aide d'instruments. Les indicateurs peuvent décrire la santé directement comme le cancer (sujet 73) ou, indirectement, lorsque l'utilisation des services de santé est une valeur de remplacement de la présence d'un problème de santé (comme les raisons liées à l'hospitalisation, sujet 77). Les indicateurs de l'état de santé peuvent être axés sur des conditions physiques, comme la limitation des activités (sujets 58 et 59), ou sur des troubles mentaux et affectifs (sujets 75, 76 et 81).

L'indicateur « jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines » ajoute cependant une autre notion aux méthodes d'évaluation de l'état de santé en mettant l'accent sur l'*incidence* des problèmes de santé. L'importance de cet indicateur réside dans le fait qu'il permet d'évaluer quantitativement les effets de *tous* les problèmes de santé éprouvés dans les 14 derniers jours sur les activités régulières. À l'instar de la mesure de la « limitation des activités », cet indicateur donne une perspective personnelle de l'importance et de l'incidence des problèmes de santé chez l'individu.

Jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines, 1996-1997

Treize pour cent des Canadiennes et des Canadiens ont déclaré un jour d'incapacité ou plus dans les deux dernières semaines, en 1996-1997. Le Canadien moyen a dû réduire ses activités régulières pendant presque une journée complète (0,85 jour) pour des raisons de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'ENSP (tableau 57)[1]. Même si ces chiffres sont légèrement plus élevés qu'en 1994-1995, le nombre de Canadiens ayant déclaré un ou plusieurs jours d'incapacité est inférieur à celui de 15 p. 100 enregistré en 1994-1995[2]. On observe une hausse de 18 p. 100 du nombre moyen de jours d'incapacité déclarés par les Canadiens de 15 ans et plus, depuis 1978-1979. Il s'agit de la plus haute valeur moyenne depuis presque 20 ans, bien qu'on observe une stabilisation entre 1994-1995 et 1996-1997. (figure 57)[1,2,3,4,5]. Ces valeurs ne sont pas normalisées en fonction de l'âge et reflètent le vieillissement de la population.

Différences entre les groupes

Les femmes rapportent un plus grand nombre de jours d'incapacité que les hommes pour tous les groupes d'âge (à partir des 15 à 17 ans) et sont, en général, un peu plus susceptibles de déclarer un jour d'incapacité ou plus (tableau 57). On pourrait donc affirmer que les filles sont plus en santé que les garçons, et que les hommes sont plus en santé que les femmes. Le lien entre le nombre de jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines et l'âge se traduit par une courbe en U ; les 12 à 14 ans (0,49) et les adolescents (0,54 jour pour les 15 à 17 ans, et 0,53 pour les 18 à 19 ans) déclarent le moins de jours, ce qui est inférieur aux valeurs obtenues pour de plus jeunes enfants. Après l'adolescence, on observe une augmentation constante du nombre de jours d'incapacité avec l'âge, qui atteint une valeur maximale de 1,65 jour chez les Canadiens de 75 ans et plus.

Le niveau d'instruction est *inversement* relié à cet indicateur de l'état de santé : les diplômés universitaires ne déclarent qu'environ 0,65 jour d'incapacité, contre 0,99 jour pour les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires

(tableau 57). On observe également un fort lien inverse avec le revenu. Le groupe au revenu inférieur déclare 1,65 jour d'incapacité en moyenne, et le groupe au revenu supérieur, 0,65 (données non présentées). Près de 18 p. 100 des individus au revenu inférieur déclarent un jour d'incapacité ou plus, contre 12 p. 100 des individus du groupe au revenu supérieur[1].

Si l'on considère que l'âge de la population ne varie pas considérablement d'une province à l'autre (sujet 1), il est étonnant de constater que les moyennes provinciales du nombre de jours d'incapacité s'étendent sur une gamme aussi vaste (tableau 57). Selon la mesure de cet indicateur, les Québécois sont de loin les plus en santé (0,64), et les Britannos-Colombiens et les Néo-Écossais, les moins en santé (1,05 jour, en moyenne). Il s'agit d'un écart important (1,6 fois) entre la moyenne provinciale la plus élevée et la plus faible, qui correspond à l'écart de 1,8 fois de la proportion de résidents qui déclarent un jour d'incapacité ou plus.

Définitions et méthodes

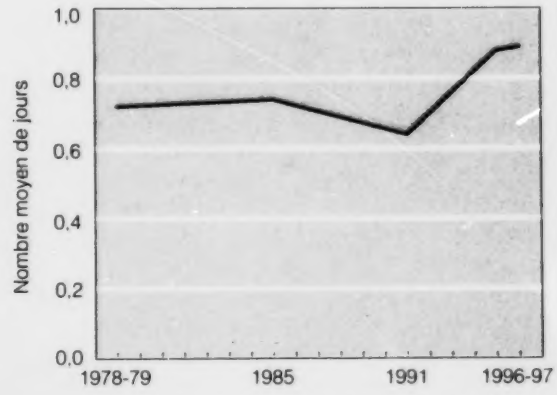
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers; l'échantillonnage comprenait 173 000 personnes de 12 ans et plus, et aussi 37 000 personnes de moins de 12 ans[6]. La collecte des données s'étant échelonnée sur une année complète, les résultats ne devraient pas être altérés par des maladies saisonnières.

Comme les jours d'incapacité pendant les deux dernières semaines servent d'indicateur de l'état de santé, on a demandé aux répondants s'ils restaient au lit ou s'ils réduisaient leurs activités normales en raison d'une maladie ou d'une blessure pendant toute la journée ou une partie de celle-ci. Contrairement à la plupart des sujets de l'enquête (et à l'ensemble des sujets de l'ENSP mentionnés ailleurs dans le *Rapport*), les données relatives aux jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines ont été recueillies pour tous les membres du ménage auprès d'un représentant de celui-ci âgé d'au moins 12 ans. Toutefois, le niveau d'instruction n'a pas été déterminé pour les individus de moins de 15 ans.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Enquête Santé Canada, 1978-79*, totalisations spéciales.
4. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, 1985*, totalisations spéciales.
5. Statistique Canada, *Enquête sociale générale, 1991*, totalisations spéciales.
6. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 57 **Jours d'incapacité en deux semaines, population de 15 ans ou plus, Canada, 1978–1979 à 1996–1997**



Sources: Statistique Canada, *Enquête Santé Canada, 1978–1979*, totalisations spéciales ; *Enquête sociale générale, 1985 et 1991*, totalisations spéciales ; *Enquête nationale sur la santé de la population 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 57 Jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 0 an et plus, Canada, 1996–1997

	Estime de population	Incapacité au cours des 2 dernières semaines	
		Nombre de jours moyen	1 jour et +
	(en milliers)		(%)
Total, tous les âges	**28 642**	**0,85**	**13**
Hommes	14 171	0,73	12
Femmes	14 471	0,96	14
Total, 0 à 11 ans	4 047	0,60	18
Hommes	2 071	0,62	19
Femmes	1 976	0,57	16
Total, 12 à 14 ans	1 151	0,49	16
Hommes	580	0,50	15
Femmes	571	0,48	17
Total, 15 à 17 ans	1 284	0,54	11
Hommes	683	0,47	10
Femmes	601	0,63	12
Total, 18 à 19 ans	826	0,53	10
Hommes	403	0,47	10
Femmes	424	0,59	11
Total, 20 à 24 ans	1 873	0,68	11
Hommes	948	0,50	8
Femmes	924	0,83	14
Total, 25 à 34 ans	4 472	0,68	12
Hommes	2 209	0,54	10
Femmes	2 263	0,81	14
Total, 35 à 44 ans	5 238	0,74	11
Hommes	2 645	0,63	9
Femmes	2 593	0,86	13
Total, 45 à 54 ans	3 771	0,91	12
Hommes	1 922	0,78	10
Femmes	1 849	1,04	14
Total, 55 à 64 ans	2 565	1,02	12
Hommes	1 231	0,88	8
Femmes	1 334	1,14	15
Total, 65 à 74 ans	2 096	1,21	14
Hommes	930	1,09	13
Femmes	1 166	1,31	14
Total, 75 ans et +	1 320	1,65	18
Hommes	549	1,68	19
Femmes	771	1,63	17
Inférieur au secondaire[a]	6 376	0,99	12
Secondaire	9 307	0,83	12
Collégial	4 134	0,89	13
Universitaire	3 461	0,65	11
Terre-Neuve	549	0,81	12
Île-du-Prince-Édouard	132	0,80	11
Nouvelle-Écosse	896	1,05	16
Nouveau-Brunswick	728	1,02	15
Québec	7 048	0,64	10
Ontario	10 840	0,80	12
Manitoba	1 086	1,02	16
Saskatchewan	949	0,93	14
Alberta	2728	1,00	15
Colombie-Britannique	3 686	1,05	18

[a] Niveau d'instruction normalisé pour la population de 15 ans et plus.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

58

Limitation des activités à long terme

Introduction

La limitation des activités diffère de la plupart des autres mesures de l'état de santé, car elle est axée sur la *répercussion* des problèmes de santé. En ce sens, la limitation des activités s'apparente à l'indicateur « jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines » (sujet 57). Ces deux indicateurs laissent croire que les problèmes de santé, particulièrement ceux que l'on peut mesurer objectivement, peuvent avoir peu ou pas d'effet perceptible dans le quotidien. L'inverse peut également être vrai : il arrive que des individus déclarent que leur capacité fonctionnelle de tous les jours est diminuée pour des raisons de santé, sans toutefois déclarer peu ou pas de troubles précis (sujet 59).

Le présent chapitre rend compte des résultats obtenus auprès des Canadiennes et des Canadiens à qui l'on a demandé s'ils étaient limités dans leurs activités « courantes » à la maison, à l'école ou au travail. On a précisé aux répondants qu'une limitation devait durer au moins six mois et que l'expression « activités courantes » pouvait être interprétée librement.

Limitation des activités à long terme, 1996-1997

Près de 16 p. 100 de Canadiens, ou 4 millions de personnes de 12 ans et plus, déclarent une incapacité, un handicap ou une limitation continue de leurs activités à cause d'un problème de santé : 10 p. 100 sont limités dans leurs activités domestiques, 3 p. 100 des étudiants, dans leurs activités scolaires, et 6 p. 100 des travailleurs sont limités dans leurs activités professionnelles (tableau 58)[1]. On observe une tendance à la baisse depuis 1994-1995, où 20 p. 100 des Canadiens de 12 ans et plus déclaraient une limitation à long terme des activités : 13 p. 100 étaient limités dans leurs activités domestiques, 5 p. 100 des étudiants, dans leurs activités scolaires, et 8 p. 100 des travailleurs étaient limités dans leurs activités professionnelles[2].

Différences entre les groupes

Dans tous les groupes d'âge combinés, les femmes sont un peu plus susceptibles de faire état d'une limitation de leurs activités domestiques, ou de tout type de limitation ou de handicap (tableau 58)[1]. Pour les deux sexes combinés, les taux de limitation augmentent de façon marquée avec l'âge, jusqu'au point où le tiers (33 p. 100) des personnes âgées (75 ans et plus) font état d'une certaine limitation de leurs activités domestiques, et 44 p. 100, de tout autre type de limitation ou de handicap. Seules les limitations liées aux activités scolaires sont stables pour tous les groupes d'âge. Parmi les Canadiens actifs, le groupe d'âge le plus susceptible de faire état d'une limitation au travail (9 p. 100) est celui des 55 à 64 ans.

Les limitations générales et particulières sont plus courantes chez les personnes au revenu inférieur que parmi celles au revenu supérieur (tableau 58). Plus du quart des Canadiens au revenu inférieur et moyen-inférieur déclarent un type d'incapacité à long terme ou de handicap, contre 14 p. 100 des groupes au revenu moyen-supérieur et supérieur. En outre, 15 p. 100 des Canadiens actifs ayant un revenu inférieur présentent une limitation à long terme qui affecte leur travail, contre seulement 4 p. 100 des personnes au revenu supérieur. Bien qu'il soit impossible de vérifier la relation de cause à effet à l'aide de ces données, les résultats semblent indiquer que la limitation des activités a un effet défavorable sur le revenu, et qu'elle est inversement reliée au niveau d'instruction (données non présentées)[1].

La limitation des activités ou les handicaps à long terme de tout type sont déclarés le plus souvent en Nouvelle-Écosse (25 p. 100) et le moins souvent en

Ontario (14 p. 100) (tableau 58). La limitation des activités domestiques est la plus fréquente en Nouvelle-Écosse (15 p. 100) et la moins fréquente au Québec (8 p. 100) et en Ontario (9 p. 100). C'est en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique que la population active est la plus susceptible de rapporter une limitation des activités professionnelles (9 p. 100 chacune), tandis que de telles limitations sont les moins courantes en Ontario (4 p. 100). À l'instar des blessures liées au travail (sujet 61), ces écarts peuvent refléter aussi bien les différences en ce qui concerne les divers régimes d'indemnisation des accidents du travail que la santé des travailleuses et des travailleurs.

Fait intéressant à souligner, les limitations à long terme sont plus fréquentes chez les chefs de famille monoparentale que chez les personnes des autres types de ménage (figure 58)[1]. En effet, 14 p. 100 des chefs de famille monoparentale ont une limitation de leurs activités domestiques et 21 p. 100, un type de limitation générale, comparativement à seulement 9 p. 100 et à 14 p. 100 respectivement des personnes qui vivent en couple et qui ont des enfants.

Définitions et méthodes

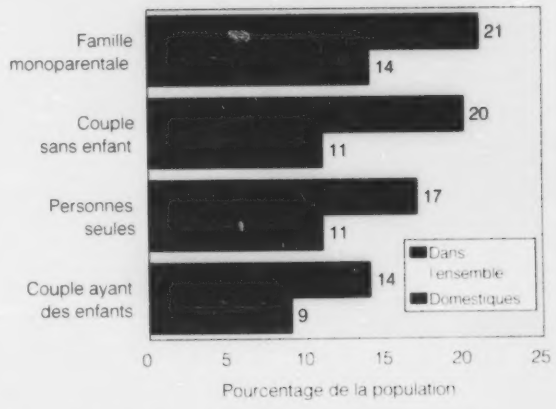
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 autres personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les données de ce chapitre sont basées sur un échantillon formé de 18 000 répondants âgés de 12 ans et plus. L'enquête comprend également un échantillon de 2 000 répondants de moins de 12 ans.

Un porte-parole du ménage âgé d'au moins 12 ans a rapporté toute limitation des activités pour chacun des membres du ménage. Des questions distinctes ont été posées sur la limitation des activités domestiques, scolaires ou professionnelles, le cas échéant. L'autre colonne du tableau 58 concerne la population ayant déclaré au moins un type d'incapacité ou d'handicap à long terme.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 58 **Limitation à long terme des activités, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Ontario (14 p. 100) (tableau 58). La limitation des activités domestiques est la plus fréquente en Nouvelle-Écosse (15 p. 100) et la moins fréquente au Québec (8 p. 100) et en Ontario (9 p. 100). C'est en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique que la population active est la plus susceptible de rapporter une limitation des activités professionnelles (9 p. 100 chacune), tandis que de telles limitations sont les moins courantes en Ontario (4 p. 100). À l'instar des blessures liées au travail (sujet 61), ces écarts peuvent refléter aussi bien les différences en ce qui concerne les divers régimes d'indemnisation des accidents du travail que la santé des travailleuses et des travailleurs.

Fait intéressant à souligner, les limitations à long terme sont plus fréquentes chez les chefs de famille monoparentale que chez les personnes des autres types de ménage (figure 58)[1]. En effet, 14 p. 100 des chefs de famille monoparentale ont une limitation de leurs activités domestiques et 21 p. 100, un type de limitation générale, comparativement à seulement 9 p. 100 et à 14 p. 100 respectivement des personnes qui vivent en couple et qui ont des enfants.

Définitions et méthodes

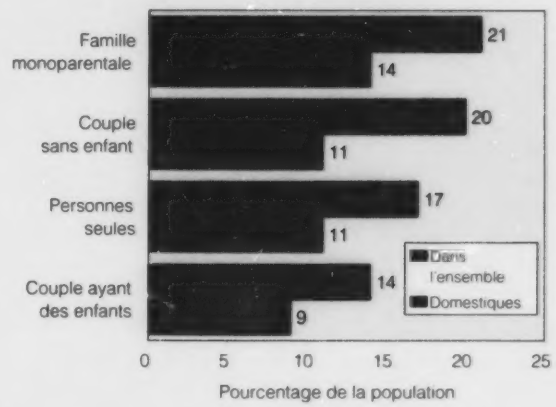
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 autres personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les données de ce chapitre sont basées sur un échantillon formé de 18 000 répondants âgés de 12 ans et plus. L'enquête comprend également un échantillon de 2 000 répondants de moins de 12 ans.

Un porte-parole du ménage âgé d'au moins 12 ans a rapporté toute limitation des activités pour chacun des membres du ménage. Des questions distinctes ont été posées sur la limitation des activités domestiques, scolaires ou professionnelles, le cas échéant. L'autre colonne du tableau 58 concerne la population ayant déclaré au moins un type d'incapacité ou d'handicap à long terme.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 58 **Limitation à long terme des activités, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 58 **Limitation à long terme des activités domestiques, scolaires ou professionnelles, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Limitation ou handicap quelconque	Limitation des activités domestiques	Limitation des activités scolaires[a]	Limitation des activités professionnelles[b]
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**16**	10	3	6
Hommes	12 099	15	9	3	6
Femmes	12 495	17	11	3	6
Total, 12 à 14 ans	1 151	7	2	4	#
Hommes	580	8	#	5	#
Femmes	571	5	#	3	#
Total, 15 à 17 ans	1 284	8	3	4	2
Hommes	683	6	2	3	#
Femmes	601	11	3	6	#
Total, 18 à 19 ans	826	11	4	4	4
Hommes	403	8	#	#	#
Femmes	424	13	6	6	#
Total, 20 à 24 ans	1 873	8	4	2	3
Hommes	948	8	3	#	3
Femmes	924	8	4	3	3
Total, 25 à 34 ans	4 472	11	6	2	6
Hommes	2 209	10	5	2	5
Femmes	2 263	11	6	3	6
Total, 35 à 44 ans	5 238	13	8	2	6
Hommes	2 645	12	6	2	6
Femmes	2 593	14	9	3	7
Total, 45 à 54 ans	3 771	17	11	2	8
Hommes	1 922	15	9	2	8
Femmes	1 849	18	13	1	7
Total, 55 à 64 ans	2 565	26	17	2	9
Hommes	1 231	26	16	#	10
Femmes	1 334	26	19	#	7
Total, 65 à 74 ans	2 096	28	20	3	6
Hommes	930	29	21	#	8
Femmes	1 166	26	19	#	4
Total, 75 ans et +	1 320	44	33	4	6
Hommes	549	44	30	#	6
Femmes	771	45	35	#	5
Revenu inférieur	970	29	19	6	15
Revenu moyen-inférieur	2 262	25	17	5	11
Revenu moyen	6 194	18	11	3	7
Revenu moyen-supérieur	7 962	14	8	2	5
Revenu supérieur	3 107	14	7	3	4
Revenu non déclaré	4 100	14	9	3	5
Terre-Neuve	478	16	11	#	#
Île-du-Prince-Édouard	113	20	13	#	6
Nouvelle-Écosse	775	25	15	#	9
Nouveau-Brunswick	632	19	12	#	6
Québec	6 131	15	8	#	5
Ontario	9 323	14	9	2	4
Manitoba	902	18	12	2	7
Saskatchewan	801	22	13	#	9
Alberta	2 244	18	12	4	8
Colombie-Britannique	3 196	21	13	#	9

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Pourcentage des personnes qui étudient (environ 37 % de la population totale de 12 ans ou +).

[b] Pourcentage des personnes qui travaillent (environ 72 % de la population totale de 12 ans ou +).

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

59

Troubles entraînant une limitation des activités

Introduction

Comme 4 millions de Canadiennes et de Canadiens sont limités dans leurs activités courantes en raison de problèmes de santé (sujet 58), il importe de déterminer la nature de ces problèmes afin de planifier des mesures correctives appropriées, destinées à assurer une participation accrue aux activités quotidiennes.

Le présent chapitre traite des principaux troubles qui occasionnent une limitation des activités quotidiennes d'un membre du ménage, comme le rapporte un porte-parole de celui-ci.

Problèmes entraînant une limitation des activités, 1996-1997

Seize pour cent de Canadiens ont fait état d'une limitation des activités domestiques, professionnelles ou scolaires ou ont indiqué avoir une incapacité à long terme ou un handicap (sujet 58). Les causes de limitations les plus fréquemment déclarées sont les problèmes de dos (non arthritiques) ou les troubles du système nerveux (troubles visuels ou auditifs)[1]. D'autres problèmes musculo-squelettiques, de même que les affections respiratoires et cardiaques autres que les maladies coronariennes figurent également parmi les causes importantes de limitation des activités (figure 59)[1]. Les autres principales causes de limitation des activités sont rapportées dans des proportions à peu près égales à celles enregistrées en 1994-1995[2].

Différences entre les groupes

Contrairement à la plupart des indicateurs de santé, la prévalence des problèmes en question n'augmente pas systématiquement avec l'âge. Par exemple, les troubles neurologiques des personnes aux prises avec des limitations diminuent généralement avec l'âge, au moins jusqu'à l'âge de 75 ans et plus (tableau 59)[1]. Les maux de dos augmentent pour atteindre un sommet de 27 p. 100 chez les 35 à 44 ans et diminuer par la suite ; les troubles des membres sont plus susceptibles de toucher la population âgée de 20 à 24 ans. Les problèmes des voies respiratoires, qui incluent les allergies et l'asthme (voir le sujet 68), sont les principales causes de limitation des activités pour le tiers de la population âgée de 12 à 17 ans, proportion qui diminue peu à peu avec l'âge pour atteindre 6 p. 100 chez les personnes de 75 ans ou plus. Seuls les troubles cardiaques et arthritiques augmentent progressivement avec l'âge.

Deux fois plus de femmes que d'hommes rapportent une limitation de leurs activités en raison de troubles arthritiques (16 et 7 p. 100 respectivement), tandis que les hommes sont un peu plus susceptibles de faire état de problèmes cardiaques, de dos ou des membres. Les autres causes principales de limitation des activités sont rapportées dans des proportions à peu près égales par les deux sexes (tableau 59).

Il n'existe pas de modèle constant d'association entre le niveau d'instruction et la prévalence de ces différents troubles. On observe toutefois de nombreuses différences interprovinciales dignes de mention (tableau 59). Lorsque les données ne sont pas supprimées en raison de la taille restreinte de l'échantillon, les résidents de la Nouvelle-Écosse sont les plus susceptibles de déclarer une limitation des activités en raison des troubles du système nerveux et de maladies cardiaques, et ceux de la Colombie-Britannique, les plus enclins à déclarer des troubles de dos, mais les moins susceptibles de faire état de troubles arthritiques. Les Manitobains sont les moins

susceptibles de rapporter des troubles des membres. Les troubles déclarés par les Québécois, les Ontariens et les Albertains qui ont des limitations sont rapportés dans des proportions à peu près égales à celles de la moyenne canadienne.

Définitions et méthodes

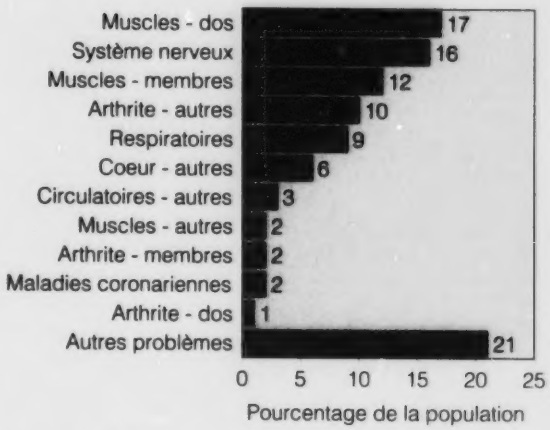
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les données sont basées sur un échantillon formé de 18 000 répondants âgés de 12 ans et plus. L'enquête comprenait également un échantillon de 2 000 répondants de moins de 12 ans[3]. Les problèmes entraînant une limitation des activités ont été rapportés pour chacun des membres du ménage par un porte-parole de celui-ci âgé d'au moins 12 ans.

Les « problèmes cardiaques » qui figurent au tableau 59 regroupent les maladies coronariennes et les autres problèmes cardiaques, lesquels apparaissent séparément à la figure 59. Les « problèmes de dos » et les « troubles des membres » qui figurent au même tableau se rapportent à des troubles non arthritiques. La question sur les problèmes sous-jacents présentés ici incluait les personnes présentant « une incapacité ou un handicap à long terme ».

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Figure 59. **Principaux problèmes de santé entrainant une limitation des activités, population de 12 ans et plus ayant déclaré une limitation des activités, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

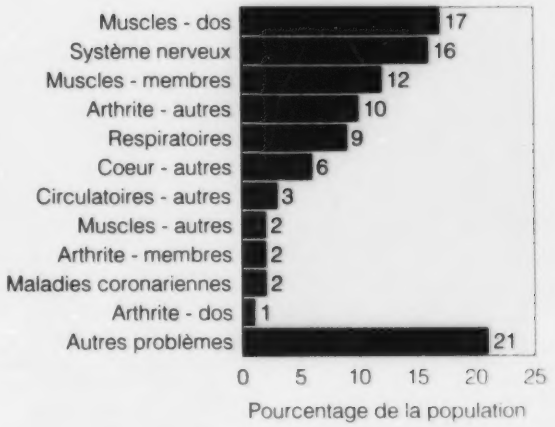
susceptibles de rapporter des troubles des membres. Les troubles déclarés par les Québécois, les Ontariens et les Albertains qui ont des limitations sont rapportés dans des proportions à peu près égales à celles de la moyenne canadienne.

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal) afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les données sont basées sur un échantillon formé de 18 000 répondants âgés de 12 ans et plus. L'enquête comprenait également un échantillon de 2 000 répondants de moins de 12 ans[3]. Les problèmes entraînant une limitation des activités ont été rapportés pour chacun des membres du ménage par un porte-parole de celui-ci âgé d'au moins 12 ans.

Les « problèmes cardiaques » qui figurent au tableau 59 regroupent les maladies coronariennes et les autres problèmes cardiaques, lesquels apparaissent séparément à la figure 59. Les « problèmes de dos » et les « troubles des membres » qui figurent au même tableau se rapportent à des troubles non arthritiques. La question sur les problèmes sous-jacents présentés ici incluait les personnes présentant « une incapacité ou un handicap à long terme ».

Figure 59 **Principaux problèmes de santé entraînant une limitation des activités, population de 12 ans et plus ayant déclaré une limitation des activités, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Tableau 59 **Principaux problèmes de santé entraînant une limitation des activités, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, personnes de 12 ans ou plus ayant déclaré une limitation des activités, Canada, 1996-1997**

	Estime de population	Affections du système nerveux	Maux de dos[a]	Troubles des membres[a]	Problèmes respiratoires	Problèmes arthritiques	Problèmes cardiaques[b]
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**4 014**	**16**	**17**	**12**	**9**	**12**	**8**
Hommes	1 847	16	20	14	9	7	10
Femmes	2 166	15	15	10	9	16	7
Total, 12 à 14 ans	78	34	#	#	32	#	0
Hommes	47	#	#	#	#	#	0
Femmes	31	#	#	#	#	0	0
Total, 15 à 17 ans	103	23	#	9	33	#	#
Hommes	39	32	#	#	#	#	#
Femmes	64	#	#	#	34	#	#
Total, 18 à 19 ans	88	23	#	17	17	#	#
Hommes	33	#	#	#	#	#	0
Femmes	55	#	#	#	#	#	#
Total, 20 à 24 ans	146	17	15	22	19	#	#
Hommes	76	21	12	32	15	#	#
Femmes	70	14	19	12	24	#	#
Total, 25 à 34 ans	475	21	21	15	9	3	4
Hommes	217	19	26	21	6	#	#
Femmes	259	22	17	11	11	3	#
Total, 35 à 44 ans	673	17	27	12	7	8	1
Hommes	310	15	33	16	7	7	#
Femmes	363	18	21	9	7	10	#
Total, 45 à 54 ans	624	16	23	11	6	11	7
Hommes	293	16	24	15	5	7	9
Femmes	331	15	23	8	7	14	5
Total, 55 à 64 ans	663	13	18	10	6	17	11
Hommes	319	11	23	11	7	9	16
Femmes	344	14	14	9	6	24	7
Total, 65 à 74 ans	578	10	9	6	8	21	16
Hommes	272	10	10	6	10	10	20
Femmes	306	10	9	7	6	32	14
Total, 75 ans et +	585	13	7	13	6	17	13
Hommes	241	15	#	13	8	11	16
Femmes	344	11	5	13	5	21	12
Inférieur au secondaire	1 513	18	16	11	8	11	8
Secondaire	1 402	14	19	11	10	11	8
Collégial	677	11	17	14	7	13	8
Universitaire	389	15	14	11	10	13	6
Terre-Neuve	78	#	#	#	#	#	#
Île-du-Prince-Édouard	22	17	17	#	#	18	#
Nouvelle-Écosse	190	19	19	#	#	16	14
Nouveau-Brunswick	122	#	#	#	#	#	#
Québec	919	16	16	12	8	13	#
Ontario	1 271	15	17	13	7	12	9
Manitoba	161	17	16	9	11	13	8
Saskatchewan	174	#	18	#	#	14	#
Alberta	412	16	16	12	11	11	7
Colombie-Britannique	664	16	20	14	10	10	#

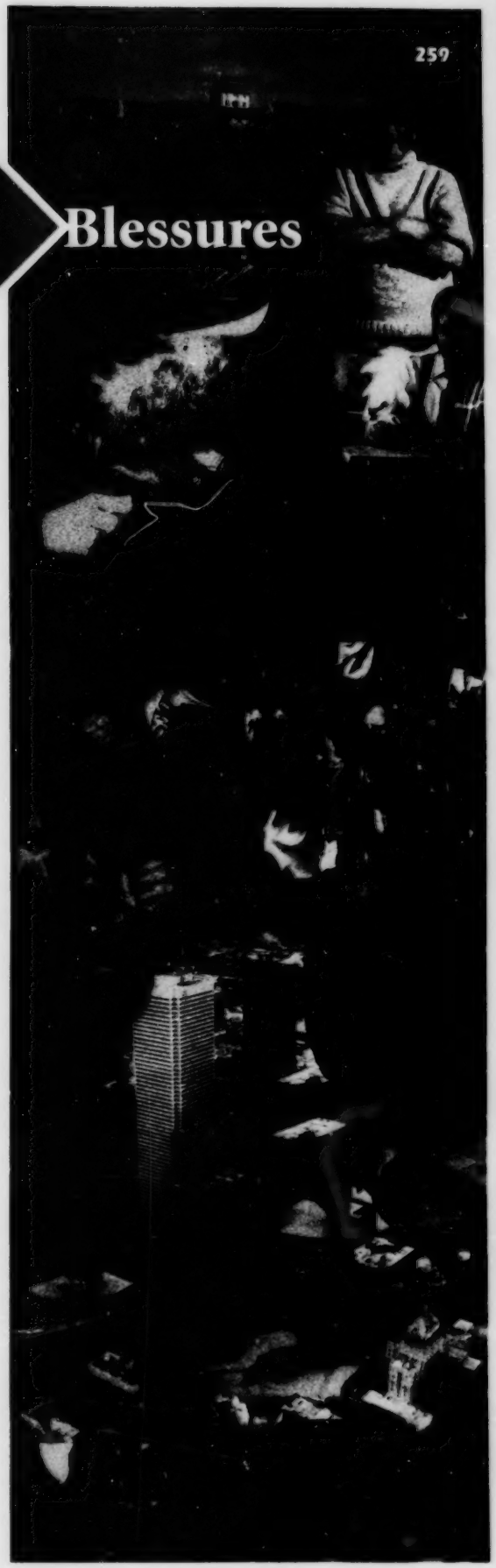
Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Non arthritique.

[b] Cardiopathies ischémiques et autres troubles cardiaques.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Blessures



La présente section décrit les blessures involontaires subies lors d'accidents de travail, de jeu et de la circulation, et d'autres causes. Les blessures sont une cause majeure d'hospitalisation (sujet 77), et les accidents demeurent un facteur important d'années potentielles de vie perdues (sujet 83), bien que les morts accidentelles aient connu une baisse considérable au cours des 25 dernières années. Les blessures accidentelles sont la deuxième cause majeure d'années potentielles de vie perdue avant 70 ans et elles coûtent 8,7 milliards de dollars par année, en excluant les coûts reliés à la violence et au suicide[1]. Les indicateurs de cette section proviennent exclusivement de sources administratives.

Aperçu

En 1995-1996, plus de 2 millions de jours-patients passés dans les hôpitaux de soins actifs étaient attribuables à plus de 217 000 hospitalisations pour blessures (sujet 60). Les chutes représentaient plus de la moitié de ces hospitalisations, et le taux d'hospitalisation des aînés pour blessure était plus du double de celui de la population générale. Chez les Canadiennes et Canadiens de 15 à 34 ans, les accidents d'automobile étaient la principale cause d'hospitalisation. En 1996, ces accidents ont causé 762 blessures pour 100 000 personnes, et plus de 3 000 décès (sujet 63). Les victimes et les accidentés de la route se trouvaient surtout dans le groupe des 15 à 24 ans. Les blessures entraînant une perte de temps de travail (sujet 61) dépassaient les 377 000 en 1996, le total le plus bas jamais enregistré (un tiers de moins que le sommet d'il y a dix ans). Les blessures infantiles ont été fatales à 1 397 enfants et ont entraîné l'hospitalisation de 47 228 autres (sujet 62).

Comme les statistiques sur les blessures proviennent de sources administratives, on ne possède que des descriptions sommaires des traits caractéristiques des victimes (l'âge et la province de résidence), et rien sur le statut social. Il semble toutefois que des types particuliers de blessures soient concentrés dans des groupes d'âge spécifiques (chutes chez les aînés, accidents de la route chez les jeunes), et dans certaines industries (la foresterie). Les taux de blessures varient aussi d'une province à l'autre, et certains contrastes sont frappants. Par exemple, les taux d'hospitalisation et les blessures de la route font plus que doubler entre la province qui occupe le premier rang et celle qui occupe le dernier, et tripler pour ce qui est des blessures entraînant une perte de temps de travail. Cela permet de définir clairement les domaines et les groupes qui peuvent bénéficier d'une amélioration au chapitre des taux de blessures, bien que des écarts en ce qui concerne la tenue de dossiers ou les caractéristiques administratives puissent être un facteur déterminant.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Comme on l'a mentionné, les sources des statistiques sur les blessures sont administratives. Cela assure l'efficacité de la collecte de données, mais aux dépens du détail. Par ailleurs, la plupart des tentatives de collecte de données sur les accidents au moyen d'enquêtes auprès de la population présentent des lacunes en ce qui concerne la taille des échantillons. Étant donné ce compromis et l'existence de séries chronologiques utiles sur les accidents, les sources administratives semblent être le premier choix sur une base continue. Des enquêtes périodiques peuvent y ajouter plus de détails.

Ouvrage de référence

1. SmartRisk Foundation, *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, SmartRisk Foundation, Toronto, 1998.

60

Hospitalisation due aux traumatismes

Introduction

Les blessures comptent parmi les troubles de santé les plus graves (sujet 83)[1], et l'on estime que 90 p. 100 d'entre elles sont évitables[2]. Les blessures sont la cause principale de décès chez les personnes de 1 à 44 ans (sujet 82) au Canada, aux États-Unis et dans de nombreux pays développés[3,4,5,6]. Elles sont aussi à l'origine de nombreux cas d'incapacité, et touchent les enfants (sujet 62), les travailleurs (sujet 61) ainsi que les personnes ayant consommé de l'alcool (sujet 80).

Le présent chapitre examine les données sur la population canadienne en provenance du Registre national des traumatismes, sur l'hospitalisation exigeant des soins actifs à la suite de blessures.

Hospitalisation pour blessures selon le type et la nature des blessures, 1995-1996

En 1995-1996, on a dénombré, à l'échelle nationale, 217 396 hospitalisations à la suite de blessures exigeant des soins actifs (tableau 60)[7], ou 2 187 305 jours-patients. Les séjours ont été de 10 jours en moyenne ; la plupart (77 p. 100) ont obtenu un congé, tandis que 3 p. 100 (6 382) sont décédés à l'hôpital (données non présentées). Ces décès n'incluent pas les victimes mortes sur les lieux de l'accident ou en route vers l'hôpital.

Les chutes accidentelles représentent la majorité des hospitalisations à la suite de blessures (52 p. 100), à tous les groupes d'âge (figure 60)[7]. Ces hospitalisations représentent aussi 67 p. 100 de tous les jours d'hospitalisation à la suite de blessures, et 75 p. 100 de tous les décès en établissement à la suite de blessures (données non présentées). Les accidents de la route (16 p. 100) sont la deuxième cause d'hospitalisation à la suite de blessures, suivis des blessures après avoir été frappé par des objets, des personnes, ou des objets qui tombent (5 p. 100), des blessures causées intentionnellement par autrui (5 p. 100) et des blessures auto-infligées (2 p. 100), à l'exception des empoisonnements. Toutes les autres causes représentent 21 p. 100 des hospitalisations à la suite de blessures, y compris 7 859 hospitalisations en raison de surmenage et d'efforts physiques violents (données non présentées).

Il se peut que plus d'une blessure soit déclarée par hospitalisation. En 1995-1996, 321 696 blessures ont été documentées pour 217 396 hospitalisations à la suite de blessures[7]. Soixante-sept pour cent de ces hospitalisations concernent une blessure, 20 p. 100, deux blessures, et 13 p. 100, trois ou plus. Les blessures orthopédiques représentent 64 p. 100 des hospitalisations à la suite de blessures, et les chutes accidentelles, 62 p. 100 de toutes les blessures orthopédiques. Les blessures les plus fréquentes sont les fractures et dislocations des membres inférieurs (37 p. 100), suivies des fractures et dislocations des membres supérieurs (20 p. 100). Quarante-huit pour cent de toutes les fractures et dislocations des membres inférieurs, et 27 p. 100 de celles des membres supérieurs se sont produites chez des personnes de 65 ans et plus (données non présentées).

Différences entre les groupes

Les hospitalisations à la suite de blessures sont très concentrées chez les personnes âgées qui ont trois fois plus de chances d'être hospitalisées que la population en général et quatre fois plus que les enfants de moins de 15 ans (tableau 60)[7]. De tous les groupes d'âge, les taux d'admissions sont légèrement plus hauts chez les hommes que chez les femmes, mais ceci masque l'interaction avec l'âge : les taux d'hospitalisation pour blessures sont beaucoup plus hauts chez les femmes de 65 ans et plus, et beaucoup plus bas pour tous les groupes d'âge plus jeunes.

Les taux les plus élevés d'hospitalisation à la suite de blessures ont été enregistrés dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon (136,3 et 111,3 par 10 000 habitants respectivement), contraste frappant avec l'Île-du-Prince-Édouard (57,7). À l'échelle nationale, le taux s'établit à 72,2.

Les chutes accidentelles sont la cause principale d'hospitalisation pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 15 à 34 ans, où les accidents de la route (29 p. 100) en sont la cause principale. Chez les 65 ans et plus, les chutes accidentelles représentent 84 p. 100 des hospitalisations à la suite de blessures.

Définitions et méthodes

Le Registre national des traumatismes inclut des données démographiques, diagnostiques et méthodologiques sur toutes les hospitalisations exigeant des soins actifs, à la suite de blessures. L'information vient de la base de données des résumés des congés de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour les provinces qui soumettent la totalité de ces résumés à l'ICIS. En ce qui concerne les provinces qui ne soumettent pas la totalité de ces résumés à l'ICIS (le Québec, le Manitoba et la Saskatchewan), l'information sur les hospitalisations à la suite de blessures s'appuie sur les données présentées par les ministères provinciaux de la Santé.

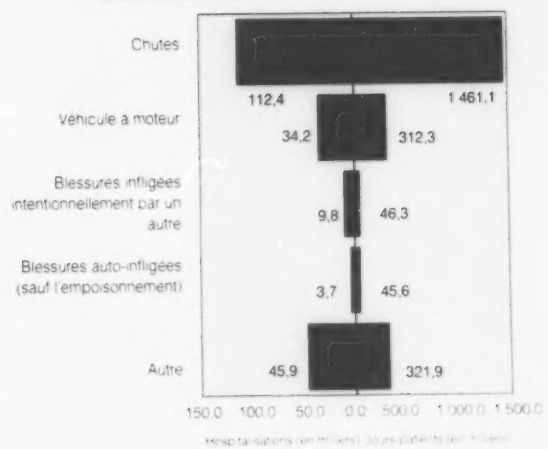
Les données n'incluent ni les blessures qui n'exigent pas l'hospitalisation (patients soignés à l'urgence et mis en congé), ni les décès causés par des blessures constatées sur les lieux d'un accident ou durant le transport des victimes à l'hôpital (voir le sujet 63), et n'incluent pas les hospitalisations à la suite d'empoisonnements. Les empoisonnements sont exclus parce que les traumatismes sont considérés comme un transfert d'énergie.

Les taux de la table 60 ont été normalisés en fonction de l'âge et du sexe, à l'aide de la population de 1991 à titre de référence.

Ouvrages de référence

1. Baker, S.P., « Injuries : The Neglected Epidemic : Stone Lecture », 1985 American Trauma Society Meeting, *Journal of Trauma*, 1987, vol. 27, nº 4, p. 343-348.
2. SmartRisk Foundation, *How to Host HEROES Guide*, SmartRisk Foundation, Toronto (Ontario), 1996.
3. Selya, R.M., « Deaths Due to Accidents in Taiwan : A Possible Indicator of Development », *Social Sciences & Medicine*, 1980, nº 14D, p. 361-367.
4. Meade, M.S., « Potential Years of Life Lost in Countries of Southern Asia », *Social Science & Medicine*, 1980, nº 14D, p. 277-281.
5. Organisation panaméricaine de la santé, *Health Conditions in the Americas, 1981-1984*, vol. 1, Washington (DC), Organisation panaméricaine de la santé, 1986 (publication scientifique nº 500). (Cité dans Charyk, S.T., *Pediatric Trauma in Ontario : An Epidemiologic Description and Evaluation of Two Outcome Models*, mémoire de maîtrise, Université Western Ontario, 1997).
6. Gu, X.Y., et M.L. Chen, « Vital Statistics (of Shanghai Country) », *American Journal of Public Health*, 1982, nº 72 (supplément), p. 19-23.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes (données 1995-1996) sur les hospitalisations à la suite de blessures*, Ottawa, ICIS, 1998.

Figure 60 **Hospitalisations à la suite de blessures et jours-patients, selon la cause, tous les âges, Canada, 1995–1996**



Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes - hospitalisations à la suite de blessures, 1995–1996*, Ottawa, ICIS, 1998.

Les taux les plus élevés d'hospitalisation à la suite de blessures ont été enregistrés dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon (136,3 et 111,3 par 10 000 habitants respectivement), contraste frappant avec l'Île-du-Prince-Édouard (57,7). À l'échelle nationale, le taux s'établit à 72,2.

Les chutes accidentelles sont la cause principale d'hospitalisation pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 15 à 34 ans, où les accidents de la route (29 p. 100) en sont la cause principale. Chez les 65 ans et plus, les chutes accidentelles représentent 84 p. 100 des hospitalisations à la suite de blessures.

Définitions et méthodes

Le Registre national des traumatismes inclut des données démographiques, diagnostiques et méthodologiques sur toutes les hospitalisations exigeant des soins actifs, à la suite de blessures. L'information vient de la base de données des résumés des congés de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour les provinces qui soumettent la totalité de ces résumés à l'ICIS. En ce qui concerne les provinces qui ne soumettent pas la totalité de ces résumés à l'ICIS (le Québec, le Manitoba et la Saskatchewan), l'information sur les hospitalisations à la suite de blessures s'appuie sur les données présentées par les ministères provinciaux de la Santé.

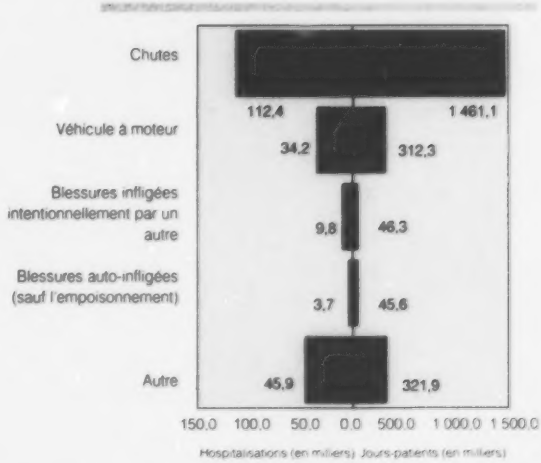
Les données n'incluent ni les blessures qui n'exigent pas l'hospitalisation (patients soignés à l'urgence et mis en congé), ni les décès causés par des blessures constatées sur les lieux d'un accident ou durant le transport des victimes à l'hôpital (voir le sujet 63), et n'incluent pas les hospitalisations à la suite d'empoisonnements. Les empoisonnements sont exclus parce que les traumatismes sont considérés comme un transfert d'énergie.

Les taux de la table 60 ont été normalisés en fonction de l'âge et du sexe, à l'aide de la population de 1991 à titre de référence.

Ouvrages de référence

1. Baker, S.P., « Injuries : The Neglected Epidemic : Stone Lecture », 1985 American Trauma Society Meeting, *Journal of Trauma*, 1987, vol. 27, n° 4, p. 343-348.
2. SmartRisk Foundation, *How to Host HEROES Guide*, SmartRisk Foundation, Toronto (Ontario), 1996.
3. Selya, R.M., « Deaths Due to Accidents in Taiwan : A Possible Indicator of Development », *Social Sciences & Medicine*, 1980, n° 14D, p. 361-367.
4. Meade, M.S., « Potential Years of Life Lost in Countries of Southern Asia », *Social Science & Medicine*, 1980, n° 14D, p. 277-281.
5. Organisation panaméricaine de la santé, *Health Conditions in the Americas, 1981-1984*, vol. 1, Washington (DC), Organisation panaméricaine de la santé, 1986 (publication scientifique n° 500). (Cité dans Charyk, S.T., *Pediatric Trauma in Ontario : An Epidemiologic Description and Evaluation of Two Outcome Models*, mémoire de maîtrise, Université Western Ontario, 1997).
6. Gu, X.Y., et M.L. Chen, « Vital Statistics (of Shanghai Country) », *American Journal of Public Health*, 1982, n° 72 (supplément), p. 19-23.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes (données 1995-1996) sur les hospitalisations à la suite de blessures*, Ottawa, ICIS, 1998.

Figure 60. **Hospitalisations à la suite de blessures et jours-patients, selon la cause, tous les âges, Canada, 1995–1996**



Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes - hospitalisations à la suite de blessures, 1995–1996*, Ottawa, ICIS, 1998.

Tableau 60. **Hospitalisations à la suite de blessures, selon l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1995–1996**

	Hospitalisations pour blessure[a]	Hospitalisations par 10 000 habitants[b]	Jours-patients
Total, tous les âges	**217 396**	**72,2**	**2 187 305**
Hommes	119 383	80,9	942 567
Femmes	98 011	63,5	1 244 732
Total, moins de 15 ans	28 250	47,2	107 176
Hommes	17 729	57,8	66 545
Femmes	10 521	36,0	40 631
Total, 15 à 34 ans	54 269	60,4	293 681
Hommes	39 166	85,9	202 460
Femmes	15 103	34,2	91 221
Total, 35 à 64 ans	62 374	56,3	446 771
Hommes	39 308	70,9	271 053
Femmes	23 065	41,8	175 717
Total, 65 ans et +	72 472	199,8	1 339 212
Hommes	23 168	152,2	402 400
Femmes	49 303	234,3	936 807
Terre-Neuve	3 739	66,0	32 157
Île-du-Prince-Édouard	832	57,7	7 255
Nouvelle-Écosse	6 054	61,5	53 668
Nouveau-Brunswick	6 343	81,0	50 955
Québec	45 265	60,9	570 323
Ontario	71 629	63,3	680 042
Manitoba	10 801	89,1	204 585
Saskatchewan	11 622	106,3	120 448
Alberta	24 810	93,6	172 531
Colombie-Britannique	35 336	91,7	292 204
Yukon	273	111,3	1 006
Territoires du Nord-Ouest	692	136,3	2 131

[a] Il y a 31 hospitalisations de patients d'âge inconnu (12 hommes, 19 femmes) qui totalisent 465 jours d'hospitalisation (109 pour les hommes, 356 pour les femmes) et deux hospitalisations de patients de sexe inconnu, d'une durée de 6 jours.

[b] Directement normalisées en fonction de l'âge et du sexe en se servant du recensement du Canada 1991 comme norme de population.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes - hospitalisations à la suite de blessures, 1995–1996*, Ottawa, ICIS, 1998.

61

Accidents entraînant une perte de temps de travail

Introduction

La majorité des Canadiennes et des Canadiens travaillent (sujet 7), et la plupart disent tirer beaucoup de satisfaction de leur travail (sujet 55). Pourtant, les niveaux de stress professionnel chronique sont un sujet d'inquiétude (sujet 9). Les accidents et les risques d'accidents peuvent être une source de stress pour les travailleurs exerçant divers métiers, tout en étant largement responsables de la perte de productivité et du coût des soins de santé.

Le présent chapitre porte sur le nombre et le taux d'accidents qui sont survenus au travail et pour lesquels les travailleurs accidentés ont reçu une indemnisation.

Incidence des accidents de travail, 1996

En 1996, on comptait plus de 377 000 accidents ayant entraîné une perte de temps de travail au Canada, ce qui représente un taux de 27,6 accidents pour 1 000 travailleurs (tableau 61)[1].

Deux grandes tendances se dégagent en ce qui a trait aux accidents de travail déclarés entre 1982 et 1996 (figure 61a)[1]. D'une part, on observe un accroissement constant du taux d'accidents pour 1 000 travailleurs de 1982 à 1987 (43,5 à 48,5 respectivement), puis une *baisse*, jusqu'au plancher absolu de 1996.

Différences entre les groupes

En 1996, les hommes rapportent plus de deux fois et demie plus d'accidents de travail que les femmes. Le taux d'accidents pour 1 000 travailleurs est très élevé parmi les jeunes travailleurs de 15 à 29 ans (tableau 61). Le groupe d'âge-sexe le plus à risque est celui des jeunes travailleurs de 15 à 29 ans, dont le taux d'accidents s'établit à 43,3 pour 1 000, ou 57 p. 100 au-dessus de la moyenne pour tous les groupes d'âge et les deux sexes. À l'inverse, les travailleuses de ce groupe d'âge ont le taux d'accidents le plus faible de toutes les catégories âge-sexe. Les tendances temporelles sont à toutes fins utiles identiques pour les hommes et les femmes, et les changements se produisent principalement chez les travailleurs (figure 61a).

Le taux d'accidents indemnisés dans l'industrie forestière est bien plus élevé que dans toute autre industrie, bien que les transports, le secteur de gros, la fabrication et la construction présentent également des taux bien au-dessus de la moyenne (tableau 61). Dans les domaines où oeuvrent les cols blancs, c'est dans ceux de la santé et du secteur public que l'on rencontre les taux les plus élevés d'accidents ayant entraîné une perte de temps de travail en 1996 (figure 61b)[1].

Il existe des disparités provinciales importantes au chapitre des accidents ayant entraîné une perte de temps de travail, le taux du Nouveau-Brunswick étant le plus bas (12,5 pour 1 000), et celui de l'Île-du-Prince-Édouard, le plus élevé (40,6 pour 1 000). Le Québec et la Colombie-Britannique présentent également un nombre total et des taux très élevés d'accidents. Ces variations reflètent non seulement la nature de l'économie provinciale (par exemple, la prédominance de l'industrie forestière au Québec et en Colombie-Britannique), mais aussi les régimes d'indemnisation des accidents du travail en place dans chaque province et, par conséquent, l'accessibilité à une indemnisation. Toute comparaison interprovinciale et interindustrielle doit donc prendre ces facteurs en considération.

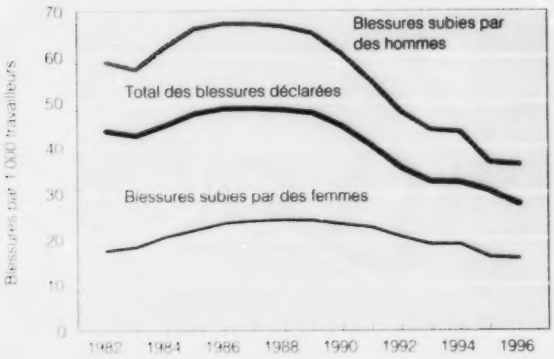
Définitions et méthodes

Un « accident entraînant une perte de temps de travail » est un accident qui donne lieu à une indemnisation pour le salaire perdu en raison d'une période d'absence ou pour une invalidité permanente, sans égard au temps perdu. La façon de rendre compte des exigences et des normes diffère, ce qui peut justifier certains des écarts observés dans le tableau 61 parmi les provinces et les industries. Les données sont recueillies par Statistique Canada, au nom de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada.

Ouvrage de référence

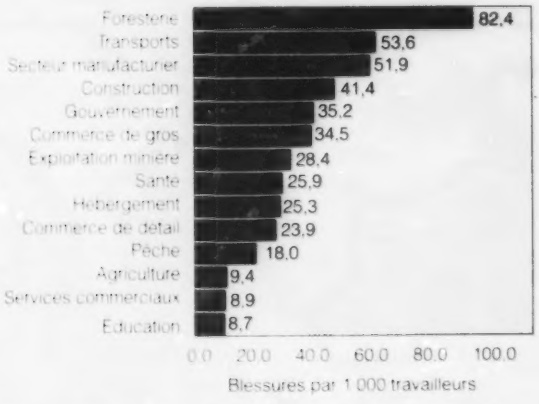
1. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. Totalisations spéciales de données obtenues de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (recueillies par Statistique Canada) et de la Sous-division de l'enquête sur la population active de Statistique Canada.

Figure 61a **Accidents de travail entraînant une perte de temps de travail, travailleurs de 15 ans ou plus, Canada, 1982–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales des données (recueillies à l'origine par Statistique Canada) obtenues de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada) et les données de la Sous-division l'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada.

Figure 61b **Accidents de travail entraînant une perte de temps de travail, selon l'industrie, travailleurs de 15 ans ou plus, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales des données (recueillies à l'origine par Statistique Canada) de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et les données de la Sous-division de l'*Enquête sur la population active*, Statistique Canada.

Tableau 61 **Accidents de travail[a] entraînant une perte de temps de travail, selon l'âge, le sexe, l'industrie et la province ou le territoire, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

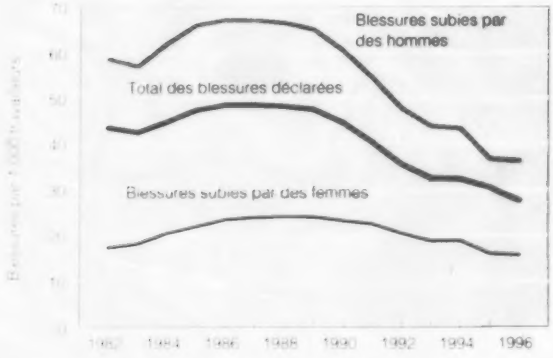
	Nombre de blessures	Taux par 1 000 travailleurs
Total, 15 ans ou +	**377 885**	**27,6**
Hommes	270 751	36,2
Femmes	97 056	15,7
Total, 15 à 29 ans	109 717	29,8
Hommes	83 468	43,3
Femmes	24 326	13,9
Total, 30 à 49 ans	207 744	27,7
Hommes	149 336	36,8
Femmes	55 091	16,0
Total, 50 ans ou +	55 616	22,2
Hommes	37 359	25,0
Femmes	17 335	17,3
Agriculture	4 278	9,4
Pêche et trappage	642	18,0
Foresterie	6 255	82,4
Exploitation minière	4 784	28,4
Secteur manufacturier	108 072	51,9
Construction	29 771	41,4
Transports	28 565	53,6
Commerce de gros	21 857	34,5
Commerce de détail	41 289	23,9
Santé et services sociaux	36 862	25,9
Hébergement et restauration	22 589	25,3
Terre-Neuve	5 272	27,7
Île-du-Prince-Édouard	2 436	40,6
Nouvelle-Écosse	7 940	20,6
Nouveau-Brunswick	3 906	12,5
Québec	119 633	37,2
Ontario	103 071	19,4
Manitoba	17 255	32,8
Saskatchewan	13 465	29,2
Alberta	31 835	22,5
Colombie-Britannique	71 602	39,7
Yukon	975	n/d
Territoires du Nord-Ouest	495	n/d

n/d = non disponible

[a] Le total des hommes et des femmes n'équivaut pas au Total parce que dans certains cas de blessures, on n'a pu déterminer le sexe du patient.

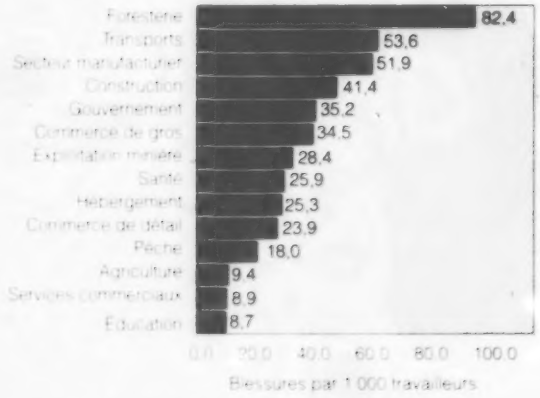
Source: Statistique Canada, Division de statistiques sur la santé, totalisations spéciales de données obtenues de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (recueillies par Statistique Canada) et de la Sous-division de l'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada.

Figure 6.1a **Accidents de travail entraînant une perte de temps de travail, travailleurs de 15 ans ou plus, Canada, 1982–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales des données (recueillies à l'origine par Statistique Canada) obtenues de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada) et les données de la Sous-division l'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada.

Figure 6.1b **Accidents de travail entraînant une perte de temps de travail, selon l'industrie, travailleurs de 15 ans ou plus, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales des données (recueillies à l'origine par Statistique Canada) de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et les données de la Sous-division de l'*Enquête sur la population active*, Statistique Canada.

Tableau 6.1 **Accidents de travail[a] entraînant une perte de temps de travail, selon l'âge, le sexe, l'industrie et la province ou le territoire, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996**

	Nombre de blessures	Taux par 1 000 travailleurs
Total, 15 ans ou +	**377 885**	**27,6**
Hommes	270 751	36,2
Femmes	97 056	15,7
Total, 15 à 29 ans	109 717	29,8
Hommes	83 468	43,3
Femmes	24 32~	13,9
Total, 30 à 49 ans	207 744	27,7
Hommes	149 336	36,8
Femmes	55 091	16,0
Total, 50 ans ou +	55 616	22,2
Hommes	37 359	25,0
Femmes	17 335	17,3
Agriculture	4 278	9,4
Pêche et trappage	642	18,0
Foresterie	6 255	82,4
Exploitation minière	4 784	28,4
Secteur manufacturier	108 072	51,9
Construction	29 771	41,4
Transports	28 565	53,6
Commerce de gros	21 857	34,5
Commerce de détail	41 289	23,9
Santé et services sociaux	36 862	25,9
Hébergement et restauration	22 589	25,3
Terre-Neuve	5 272	27,7
Île-du-Prince-Édouard	2 436	40,6
Nouvelle-Écosse	7 940	20,6
Nouveau-Brunswick	3 906	12,5
Québec	119 633	37,2
Ontario	103 071	19,4
Manitoba	17 255	32,8
Saskatchewan	13 465	29,2
Alberta	31 835	22,5
Colombie-Britannique	71 602	39,7
Yukon	975	n/d
Territoires du Nord-Ouest	495	n/d

n/d = non disponible

[a] Le total des hommes et des femmes n'équivaut pas au Total parce que dans certains cas de blessures, on n'a pu déterminer le sexe du patient.

Source: Statistique Canada, Division de statistiques sur la santé, totalisations spéciales de données obtenues de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (recueillies par Statistique Canada) et de la Sous-division de l'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada.

62

Blessures infantiles

Introduction

Les blessures comptent parmi les principales causes de décès (sujet 82) et contribuent grandement à la hausse du nombre d'années potentielles de vie perdues (sujet 83) puisqu'elles surviennent principalement chez les jeunes. Ces dernières années, une importance accrue a été accordée aux blessures infantiles, et on a maintenant accès à des données plus détaillées sur la fréquence et les circonstances de ces blessures. Ces données servent à élaborer des programmes d'intervention et à mesurer leurs résultats.

Le présent chapitre présente des données sur les jeunes Canadiennes et Canadiens jusqu'à l'âge de 19 ans. Le sujet 10 aborde plus en détail la violence familiale et les décès qui en résultent.

Blessures traitées dans les salles d'urgence, 1997

En 1997, presque 96 000 enfants blessés ont été soignés dans les salles d'urgence des hôpitaux qui participent au Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Plus de la moitié de ces enfants (57 p. 100) se sont blessés en jouant, en pratiquant un sport ou des activités récréatives. Seulement 8 p. 100 de ces blessures ont eu lieu sur la route (tableau 62)[1]. Les adolescents se sont blessés plus souvent que les plus jeunes en pratiquant un sport, tandis que ces derniers se sont blessés plus souvent que leurs aînés à la maison.

Les principaux types de blessures (figure 62a)[1] sont les fractures, les plaies ouvertes et les blessures superficielles (20 p. 100 dans chaque catégorie). Les blessures à la tête et au cou (35 p. 100) et aux membres supérieurs (34 p. 100) représentent les deux tiers de l'ensemble des blessures (figure 62b)[1].

Blessures mortelles et hospitalisations, 1995

En 1995, 1 397 jeunes Canadiennes et Canadiens (de 0 à 19 ans) sont décédés de leurs blessures ; 47 228 ont été hospitalisés[2]. Les blessures sont la cause principale de décès des enfants canadiens. Les blessures n'entraînent pas seulement la mort. En effet, on estime que pour chaque Canadien qui succombe à des blessures, 1 300 autres sont traités dans les urgences des hôpitaux et d'autres encore, en nombre indéterminé, font soigner leurs blessures ailleurs qu'à l'hôpital, ou ne se font tout simplement pas soigner. Il arrive trop souvent que ces blessures non fatales entraînent des déficiences et des incapacités.

Les taux de décès à la suite de blessures chez les enfants de 0 à 19 ans ont beaucoup diminué au cours des vingt dernières années. En 1991, ces taux étaient de 28,7 pour 100 000, soit moins de la moitié du taux observé au début des années 1970. Les hospitalisations à la suite de blessures chez les enfants ont aussi baissé, quoique dans une moindre mesure (20 p. 100) au cours des années 1980, et la tendance se maintient[3].

Aux effets de la souffrance humaine et de la mort que causent les blessures, il faut ajouter les coûts financiers, qui sont énormes pour la société. Selon les estimations, le fardeau économique des blessures des Canadiens de tous âges serait de plus de 14 milliards de dollars et occuperait le troisième rang au chapitre des troubles de santé[4]. Les coûts liés aux dommages matériels et aux réclamations d'assurance ajoutent des milliards de dollars au coût total.

Définitions et méthodes

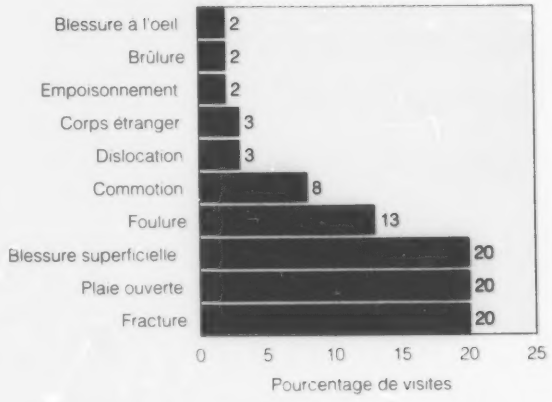
Le SCHIRPT est une base de données de surveillance qui recueille des renseignements sur les circonstances et les résultats des blessures soignées dans les salles d'urgence de dix hôpitaux pédiatriques et de six hôpitaux généraux du Canada[1]. Les données relatives

aux circonstances de l'accident sont obtenues auprès de la victime de l'accident ou de la personne ayant accompagné la victime à l'hôpital. Le médecin traitant remplit un formulaire connexe sur lequel il indique la nature de la blessure et les soins prodigués. Le SCHIRPT contient de l'information cumulative sur les blessures des enfants et de certains adultes (soignés dans des hôpitaux généraux), recueillie au cours des dix dernières années.

Ouvrages de référence

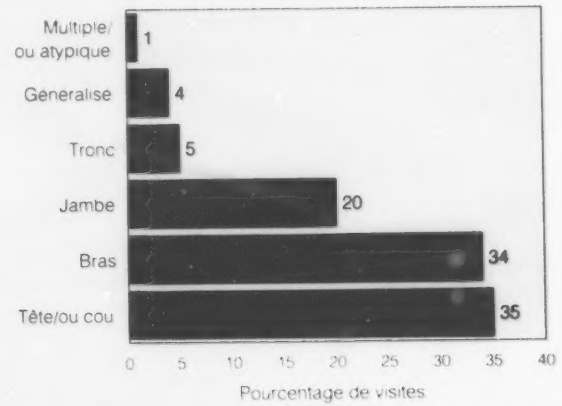
1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Données sur les blessures obtenues de la base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), Santé Canada, 1998.
2. Mackenzie, S.G., « Regroupement des codes E aux fins de présentation des données sur le taux de mortalité due aux blessures », *Le Bulletin du SCHIRPT*, 1998, n° 12, (Santé Canada).
3. Santé Canada, *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.
4. Moore, R., Y. Mao, J. Zhang et coll. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*, Ottawa, Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1997, n° de catalogue H21-136/1993F.

Figure 62a **Principaux types de blessures infantiles : visites à la salle d'urgence, population de 0 à 19 ans, Canada, 1997**



Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), juillet 1998.

Figure 62b **Sites les plus fréquents de blessures infantiles : visites à la salle d'urgence, population de 0 à 19 ans, Canada 1997**



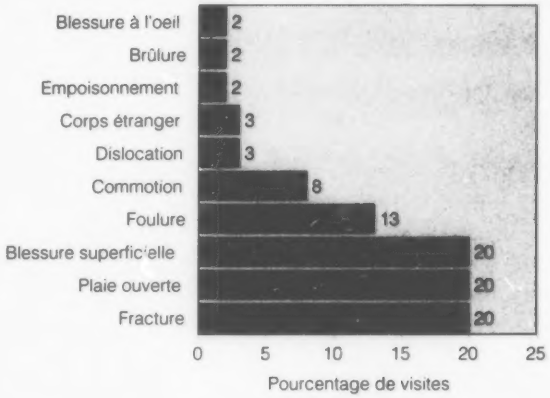
Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), juillet 1998.

aux circonstances de l'accident sont obtenues auprès de la victime de l'accident ou de la personne ayant accompagné la victime à l'hôpital. Le médecin traitant remplit un formulaire connexe sur lequel il indique la nature de la blessure et les soins prodigués. Le SCHIRPT contient de l'information cumulative sur les blessures des enfants et de certains adultes (soignés dans des hôpitaux généraux), recueillie au cours des dix dernières années.

Ouvrages de référence

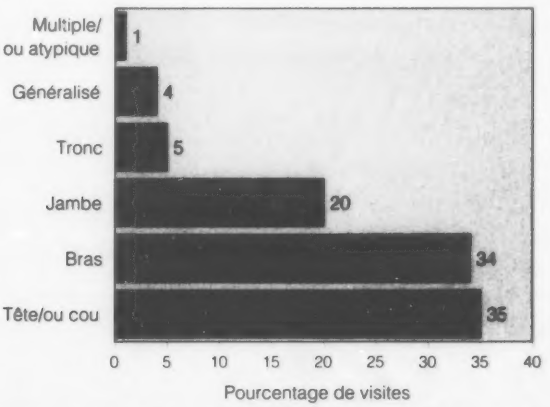
1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Données sur les blessures obtenues de la base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), Santé Canada, 1998.
2. Mackenzie, S.G., « Regroupement des codes E aux fins de présentation des données sur le taux de mortalité due aux blessures », *Le Bulletin du SCHIRPT*, 1998, n° 12, (Santé Canada).
3. Santé Canada, *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.
4. Moore, R., Y. Mao, J. Zhang et coll. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*, Ottawa, Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1997, n° de catalogue H21-136/1993F.

Figure 62a **Principaux types de blessures infantiles : visites à la salle d'urgence, population de 0 à 19 ans, Canada, 1997**



Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), juillet 1998.

Figure 62b **Sites les plus fréquents de blessures infantiles : visites à la salle d'urgence, population de 0 à 19 ans, Canada 1997**



Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), juillet 1998.

Tableau 62 **Visites à la salle d'urgence, activité au moment de l'accident et endroit où s'est produit l'accident, selon l'âge, population de 0 à 19 ans, Canada, 1997**

	Visites à la salle d'urgence		Activité au moment de l'accident[a]		Endroit[a] où s'est produit l'accident		
			Transport	Sports ou loisirs	Résidence	École	Terrain de jeux
	Nombre	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 0 à 19 ans	**95 908**	**100**	**8**	**57**	**44**	**19**	**13**
Moins d'un an	4 091	4	6	24	81	1	1
1 à 4 ans	28 133	29	3	55	73	5	5
5 à 9 ans	24 159	25	10	62	42	22	13
10 à 14 ans	27 883	29	10	63	23	30	20
15 à 19 ans	11 642	12	9	53	19	23	21

[a] Les activités et les endroits sont des catégories distinctes, les catégories ne sont pas toutes représentées ci-dessus et la somme des pourcentages n'équivaut pas à 100 p. 100.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), juillet 1998.

63

Accidents de la route

Introduction

Les accidents demeurent l'une des causes principales d'hospitalisation (sujet 77) et d'années potentielles de vie perdues (sujet 83), malgré leur diminution au cours des dernières années. Les accidents de la route sont un des éléments importants de ce bilan, et l'alcool joue un rôle dans bon nombre de cas (sujet 80). Le présent chapitre fournit des données sur les blessures et les décès qui résultent d'accidents de la route.

Nombre d'accidents de la route et de décès, 1996

En 1996, plus de 3 000 Canadiennes et Canadiens sont morts et plus de 230 000 ont été blessés dans des accidents de la route (tableau 63)[1]. Cela équivaut à 762 blessures et à 10 décès pour 100 000 habitants. On compte un décès pour 75 blessures, et 7,7 décès pour 100 000 conducteurs détenant un permis de conduire (figure 63)[1].

Différences entre les groupes

Les taux de blessures et de décès sont regroupés, dans des proportions égales, dans deux groupes d'âge : les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans, et ils sont approximativement le double de ceux de la population en général (tableau 63). Les blessures et les décès sont à leur plus bas niveau chez les enfants de 0 à 4 ans et de 5 à 14 ans, ce qui semble fortement indiquer que l'obtention d'un permis de conduire à 16 ans est le facteur principal de la hausse brusque et importante du nombre d'accidents. On ne dispose d'aucunes données propres au sexe.

Il existe des différences notables entre les provinces relativement aux blessures et aux décès à la suite d'accidents de la route. Terre-Neuve affiche le taux le moins élevé de blessures par 100 000 habitants et de décès par 100 000 *conducteurs qui détiennent un permis* (figure 63). Parmi les provinces, la Colombie-Britannique affiche, et de loin, le taux le plus important de personnes blessées dans des accidents de la route, et l'Île-du-Prince-Édouard, le taux le plus élevé de décès par nombre d'habitants et de conducteurs. Selon ces deux mesures, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon continuent d'avoir le plus grand nombre de décès.

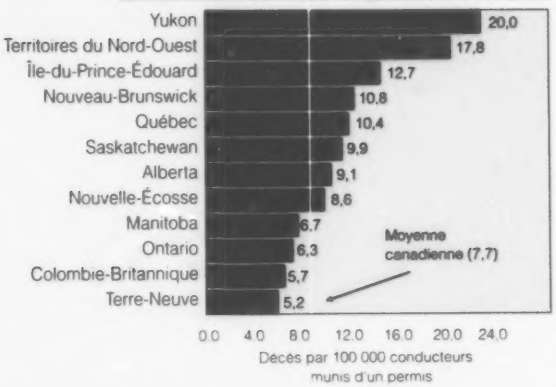
Définitions et méthodes

Ces données proviennent des corps policiers provinciaux et sont compilées par Transports Canada. Elles décrivent les blessures qui nécessitent une hospitalisation et les décès qui surviennent durant l'année suivant l'accident de la route. Les victimes incluent les conducteurs et les passagers d'un véhicule, ainsi que les piétons (s'ils sont frappés par un véhicule). Les taux de population sont calculés à l'aide des données du recensement de 1996 (sujet 1), tandis que ceux des conducteurs sont basés sur des données provinciales. (Certaines provinces publient aussi des estimations du nombre total de kilomètres parcourus par les conducteurs.)

Ouvrage de référence

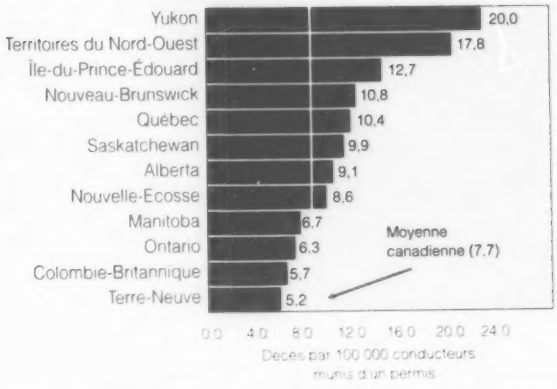
1. Transports Canada, *Statistiques sur les collisions de la route au Canada 1996*, totalisations spéciales.

Figure 63 **Conducteurs mortellement blessés, selon la province ou le territoire, Canada, 1996**



Source: Transports Canada, *Statistique sur les collisions de la route au Canada, 1996*, totalisations spéciales.

Figure 63 **Conducteurs mortellement blessés, selon la province ou le territoire, Canada, 1996**



Source: Transports Canada, *Statistique sur les collisions de la route au Canada, 1996*, totalisations spéciales.

Tableau 63 **Décès et blessures lors de collisions de la route, selon l'âge, et la province/territoire, Canada, 1996**

	Décès (nombre)	Décès par 100 000 habitants	Blessures (nombre)	Blessures par 100 000 habitants
Total, tous les âges	**3 082**	**10**	**230 885**	**762**
0 à 4 ans	39	2	3 660	191
5 à 14 ans	129	3	15 678	385
15 à 19 ans	380	19	29 805	1 473
20 à 24 ans	393	19	30 188	1 484
25 à 44 ans	966	10	89 174	897
45 à 64 ans	611	9	40 365	614
65 ans et +	544	15	15 604	419
Terre-Neuve	47	8	2 612	463
Île-du-Prince-Édouard	19	14	847	618
Nouvelle-Écosse	113	12	6 288	663
Nouveau-Brunswick	94	12	4 781	627
Québec	877	12	47 588	641
Ontario	929	8	88 445	775
Manitoba	93	8	10 467	914
Saskatchewan	133	13	6 791	664
Alberta	349	12	22 268	728
Colombie-Britannique	406	10	40 188	1 022
Yukon	7	22	346	1 081
Territoires du Nord-Ouest	15	22	264	388

Source: Transports Canada, *Statistiques sur les collisions de la route au Canada, 1996*, totalisations spéciales.

Maladies et affections

L'état de santé, en particulier la présence de troubles de santé, peut se vérifier directement à l'aide de questions sur la présence d'états de santé particuliers comme la dépression (sujet 75) ou l'embonpoint (sujet 67), ou indirectement, en tirant des conclusions de l'utilisation des services de santé comme les taux d'hospitalisation psychiatrique (sujet 76). Cette section du rapport présente un vaste éventail d'états de santé et de maladies au moyen de données provenant de sources administratives et d'enquêtes. Les sources administratives fournissent des preuves directes et indirectes d'états de santé, et les plus complètes et les plus cohérentes sont les registres sur les malformations congénitales (sujet 65), les maladies à déclaration

obligatoire (sujets 69 à 72) et le cancer (sujet 73), de même que les rapports administratifs courants sur les résultats de la grossesse (sujet 64). Les données varient aussi entre les *personnes* (les enquêtes et les registres) et les *états de santé*, où les dossiers administratifs sont basés sur des événements comme les congés d'hôpital (par exemple, les causes de l'hospitalisation, sujets 76 et 77).

Aperçu

Certains de ces indicateurs de troubles de santé qui sont suivis depuis plus d'une décennie, indiquent de nettes améliorations : un nombre moindre d'anomalies congénitales (sujet 65), de MTS (sujet 70), de nouveaux cas de sida (sujet 71), de décès des hommes attribuables au cancer (sujet 73), de maladies coronariennes et d'accidents cérébrovasculaires (sujet 74). En revanche, d'autres indicateurs comme l'insuffisance pondérale à la naissance (sujet 64) et la grossesse chez les adolescentes (sujet 64), ont baissé jusqu'en 1993, et peuvent avoir augmenté par la suite. D'autres tendances sont négatives, comme un accroissement de l'embonpoint (sujet 67), un nombre accru d'allergies (sujet 68), un nivellement de la baisse des cas de tuberculose (sujet 71) et les taux de mortalité inflexibles des femmes attribuables au cancer (sujet 73). D'autres indicateurs résistent à une interprétation simple, comme le nombre accru d'avortements (sujet 66) et de jours-patients dans les établissements psychiatriques, mais une diminution du nombre de cas (sujet 76), de même que des taux réduits d'hospitalisation générale (sujet 77).

On dispose de très peu de détails sur les caractéristiques personnelles de cet ensemble d'indicateurs. On sait que la dépression et l'embonpoint sont inversement associés au niveau d'instruction et de revenu, mais on ne peut que soupçonner la variation du statut social d'autres indicateurs.

Les disparités interprovinciales/territoriales en ce qui concerne ces états de santé sont plus faciles à démontrer, et certaines sont importantes. On observe des écarts de 40 à 50 p. 100 entre les mesures minimales et maximales pour ce qui est du poids à la naissance, des risques probables pour la santé de l'excès de poids et des nouveaux cas de cancer chez les hommes, et un écart de 100 p. 100 en ce qui concerne les cas de chlamydia. Les variations des taux d'hospitalisation sont également notables (de 66 à 80 p. 100), bien qu'ils ne reflètent pas nécessairement les différences d'états de santé.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

La force des indicateurs de la présente section réside dans leur diversité et leur champ d'application dans de nombreux aspects de la santé, et leur faiblesse, dans l'impossibilité de les résumer. Il est évident que les mesures plus directes sont préférables en tant qu'indicateurs de l'état de santé, et que les statistiques en provenance du système de santé peuvent révéler bien plus que le seul état de santé. Par exemple (dans un cas extrême), il est peu probable que l'écart des taux d'avortements thérapeutiques (qui sont 89 fois plus élevés dans les T.N.-O. qu'à l'Î.-P.-É.) (sujet 66) indique clairement l'incidence relative des grossesses non désirées ; cela indiquerait plutôt la disponibilité d'un service particulier. Par ailleurs, les données provenant des registres et des enquêtes sont relativement claires, et il faut leur accorder plus d'importance au moment de l'évaluation de la santé de la population. Dans cette section, on ne retrouve pas de données sur les soins à long terme, parce qu'elles ne sont pas disponibles sur une base nationale.

64

Grossesse chez les adolescentes et insuffisance pondérale à la naissance

Introduction

Le poids d'un nouveau-né constitue l'un des principaux facteurs qui déterminent ses chances de survie et de santé. Une insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2 500 grammes) peut être une cause de déficience mentale ou physique et, dans des cas extrêmes, de décès (sujet 78). Plus de la moitié des nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance sont venus au monde avant terme (avant la 37e semaine). Les autres causes d'insuffisance pondérale à la naissance sont la sous-alimentation intra-utérine, la prééclampsie (hypertension provoquée par la grossesse) ou l'abus de tabac chez la mère pendant la grossesse (voir les sujets 36 et 40). L'insuffisance pondérale à la naissance se trouve principalement chez les mères les plus jeunes et les plus âgées. Le présent chapitre fournit des données sur l'insuffisance pondérale à la naissance et sur la grossesse chez les adolescentes. La condition parentale chez les jeunes constitue un risque pour le nouveau-né et accroit les chances de former une famille monoparentale (sujet 2) au revenu souvent insuffisant (sujet 6).

Nombre de grossesses chez les adolescentes et de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale, 1996

En 1996, 5,8 p. 100 du nombre total des nouveau-nés vivants, c'est-à-dire 21 025 nourrissons, présentent une insuffisance pondérale (tableau 64)[1,2]. Environ 5,3 p. 100 des garçons et 6,2 p. 100 des filles ont un poids insuffisant à la naissance[2].

De 1970 à 1993, la proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance a diminué d'une façon assez soutenue, depuis les taux enregistrés en 1970 (7,1 p. 100 de tous les garçons et 8,6 p. 100 de toutes les filles) jusqu'aux taux actuels (figure 64a)[2,3]. Le pourcentage de filles pesant moins de 2 500 grammes à la naissance a toujours été supérieur à celui des garçons. Jusqu'à 1993, le nombre de nourrissons au poids insuffisant à la naissance est demeuré plutôt stable, mais la proportion s'est accrue pendant trois années consécutives, avant de retomber, en 1996, aux niveaux de 1993[1].

Les rapports de l'OCDE indiquent qu'en 1996, le Canada se classait dans la moyenne des pays industrialisés pour ce qui est des nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance (figure 64b)[2,4]. La Finlande affichait le taux le plus faible de nouveau-nés d'un poids inférieur à 2 500 grammes (4,1 p. 100) et le Japon, le plus élevé (7,5 p. 100).

En 1995, il y a eu 38 502 grossesses chez les adolescentes (naissances, avortements et mortinaissances)[2,5]. Bien que les totaux aient augmenté quelque peu depuis le plancher de 1993 (34 584 grossesses), ils demeurent inférieurs aux niveaux enregistrés entre 1975 et 1984 (figure 64c)[5,5]. De la même manière, la grossesse chez les adolescentes et les avortements (voir aussi le sujet 66) ont augmenté par rapport aux minimums enregistrés récemment, mais ils demeurent inférieurs à leurs sommets historiques, surtout en ce qui concerne les *naissances*, qui, en 1995, représentaient 60 p. 100 du niveau d'il y a vingt ans.

Différences entre les groupes

Ce sont les très jeunes femmes ou les femmes plus âgées qui donnent le plus fréquemment naissance à des bébés de poids insuffisant (tableau 64). Les mères de moins de 15 ans et de plus de 45 ans sont presque deux fois plus susceptibles que la Canadienne

moyenne de donner naissance à un nourrisson de faible poids.

Les pourcentages d'insuffisance pondérale à la naissance varient selon les provinces ou les territoires : ils sont de 4,3 p. 100 au Yukon, et de 6,1 p. 100 à Terre-Neuve et en Alberta (tableau 64)[1].

En 1995, on comptait 621 grossesses chez les jeunes filles de 13 à 14 ans, 13 498 grossesses chez les adolescentes de 15 à 17 ans, et 24 383 grossesses chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans (figure 64d)[2,5]. Le nombre de grossesses chez les adolescentes de 13 à 14 ans a baissé légèrement à compter du milieu des années 1970 jusqu'au plancher de 573, en 1988 ; il s'est stabilisé depuis (600 grossesses par année). Les grossesses chez les adolescentes de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans présentent un profil semblable pour cette période, quoique les chiffres soient beaucoup plus élevés.

Définitions et méthodes

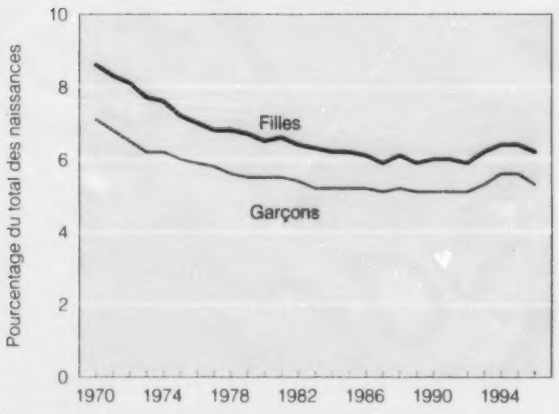
Selon la définition acceptée, un nouveau-né présentant une insuffisance pondérale est celui dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes (5,5 livres)[6]. Le poids moyen d'un nourrisson né à terme est de 3 400 grammes (7,5 livres). Le certificat de naissance est le document original attestant le poids à la naissance.

Les données sur la grossesse chez les adolescentes proviennent des *Indicateurs sur la santé 1996*[5] de même que des totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada[2]. Le nombre annuel de grossesses a été déterminé en additionnant le nombre de naissances, d'avortements et de mortinaissances (après 20 semaines de grossesse).

Ouvrages de référence

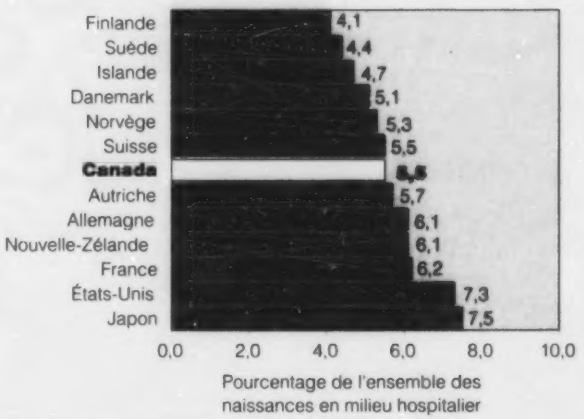
1. Statistique Canada, Naissances en 1996, *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, Naissances et décès, 1995.
4. Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE* 1998 (CD-ROM).
5. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.
6. Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Figure 64a **Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes, selon le sexe, Canada, 1970–1996**



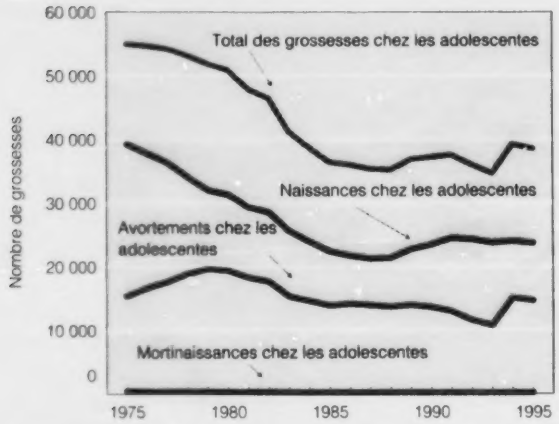
Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Naissances et décès 1995*, et Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales (pour les données de 1996).

Figure 64b **Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes, pays choisis de l'OCDE, 1995**



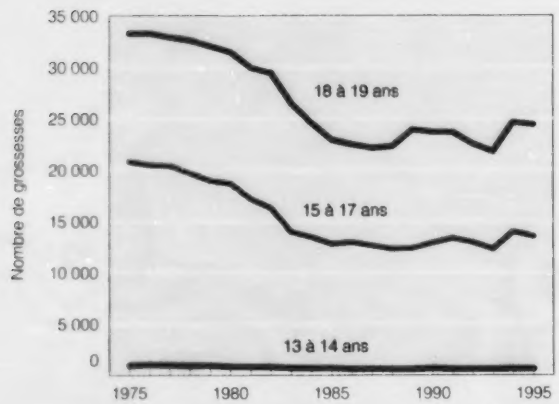
Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 98*, (CD-ROM) ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

Figure 64c **Grossesses chez les adolescentes, 13 à 19 ans, Canada, 1975–1995**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Naissances et décès, 1995*

Figure 64d **Grossesses chez les adolescentes, 13 à 19 ans, Canada, 1975–1995**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB, et totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé.

Tableau 64 **Nouveau-nés de faible poids, selon l'âge de la mère et la province ou le territoire, 10 ans et plus, Canada, 1996**

	Nombre de nouveau-nés de poids inférieur à 2 500 g	% des naissances vivantes
Total, 10 ans ou +	**21 025[a]**	**5,8**
10 à 14 ans	21	9,3
15 à 19 ans	1 516	7,0
20 à 24 ans	3 934	5,9
25 à 29 ans	6 107	5,3
30 à 34 ans	6 195	5,6
35 à 39 ans	2 730	6,4
40 à 44 ans	487	8,1
45 ans ou +	23	10,0
Terre-Neuve	349	6,1
Île-du-Prince-Édouard	90	5,3
Nouvelle-Écosse	571	5,4
Nouveau-Brunswick	419	5,1
Québec	4 920	5,9
Ontario	8 361	6,0
Manitoba	845	5,5
Saskatchewan	664	5,0
Alberta	2 300	6,1
Colombie-Britannique	2 401	5,2
Yukon	19	4,3
Territoires du Nord-Ouest	86	5,5

[a] Le nombre de nouveau-nés exclu dans les groupes d'âge dont l'âge de la mère est inconnu.

Source : Statistique Canada, Naissances, 1996, *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, nº de catalogue 11-001-XIF, et Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

moyenne de donner naissance à un nourrisson de faible poids.

Les pourcentages d'insuffisance pondérale à la naissance varient selon les provinces ou les territoires : ils sont de 4,3 p. 100 au Yukon, et de 6,1 p. 100 à Terre-Neuve et en Alberta (tableau 64)[1].

En 1995, on comptait 621 grossesses chez les jeunes filles de 13 à 14 ans, 13 498 grossesses chez les adolescentes de 15 à 17 ans, et 24 383 grossesses chez les jeunes femmes de 18 à 19 ans (figure 64d)[2,3]. Le nombre de grossesses chez les adolescentes de 13 à 14 ans a baissé légèrement à compter du milieu des années 1970 jusqu'au plancher de 573, en 1988 ; il s'est stabilisé depuis (600 grossesses par année). Les grossesses chez les adolescentes de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans présentent un profil semblable pour cette période, quoique les chiffres soient beaucoup plus élevés.

Définitions et méthodes

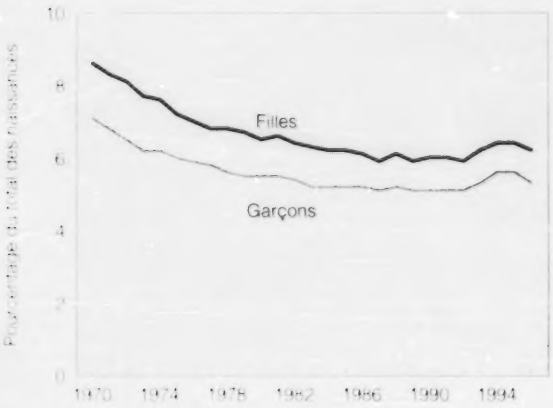
Selon la définition acceptée, un nouveau-né présentant une insuffisance pondérale est celui dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes (5,5 livres)[4]. Le poids moyen d'un nourrisson né à terme est de 3 400 grammes (7,5 livres). Le certificat de naissance est le document original attestant le poids à la naissance.

Les données sur la grossesse chez les adolescentes proviennent des *Indicateurs sur la santé 1996*[5] de même que des totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada[2]. Le nombre annuel de grossesses a été déterminé en additionnant le nombre de naissances, d'avortements et de mortinaissances (après 20 semaines de grossesse).

Ouvrages de référence

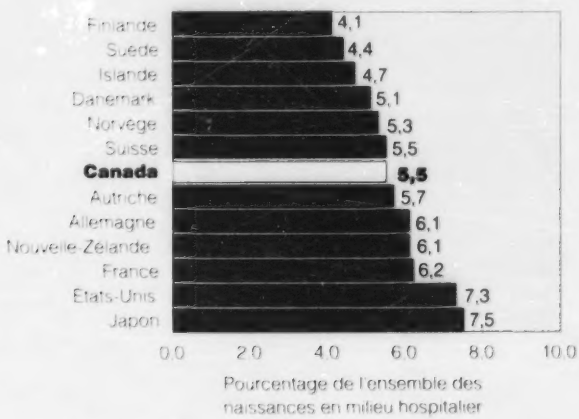
1. Statistique Canada, Naissances en 1996, *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, Naissances et décès, 1995.
4. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE* 1998 (CD-ROM).
5. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.
6. Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Figure 64c **Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes, selon le sexe, Canada, 1970–1996**



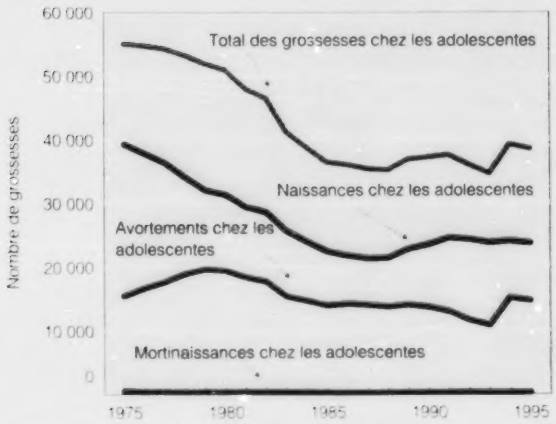
Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Naissances et décès 1995*, et Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales (pour les données de 1996).

Figure 64d **Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes, pays choisis de l'OCDE, 1995**



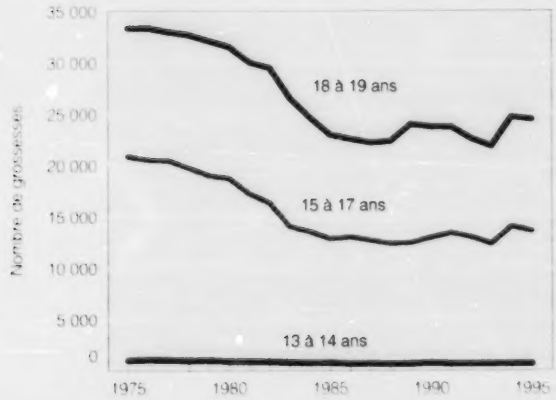
Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 98*, (CD-ROM) ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

Figure 64c Grossesses chez les adolescentes, 13 à 19 ans, Canada, 1975–1995



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Indicateurs sur la santé 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Naissances et décès 1995*

Figure 64d Grossesses chez les adolescentes, 13 à 19 ans, Canada, 1975–1995



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Indicateurs sur la santé 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB, et totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé.

Tableau 64 Nouveau-nés de faible poids, selon l'âge de la mère et la province ou le territoire, 10 ans et plus, Canada, 1996

	Nombre de nouveau-nés de poids inférieur à 2 500 g	% des naissances vivantes
Total, 10 ans ou +	**21 025[a]**	**5,8**
10 à 14 ans	21	9,3
15 à 19 ans	1 516	7,0
20 à 24 ans	3 934	5,9
25 à 29 ans	6 107	5,3
30 à 34 ans	6 195	5,6
35 à 39 ans	2 730	6,4
40 à 44 ans	487	8,1
45 ans ou +	23	10,0
Terre-Neuve	349	6,1
Île-du-Prince-Édouard	90	5,3
Nouvelle-Écosse	571	5,4
Nouveau-Brunswick	419	5,1
Québec	4 920	5,9
Ontario	8 361	6,0
Manitoba	845	5,5
Saskatchewan	664	5,0
Alberta	2 300	6,1
Colombie-Britannique	2 401	5,2
Yukon	19	4,3
Territoires du Nord-Ouest	86	5,5

[a] Le nombre de nouveau-nés exclu dans les groupes d'âge dont l'âge de la mère est inconnu.

Source : Statistique Canada, Naissances, 1996, *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF, et Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

65

Mortinaissances et malformations congénitales

Introduction

Les jeunes couples qui songent à fonder une famille doivent tenir compte non seulement de la possibilité d'infertilité, mais aussi de l'éventualité de malformation congénitale ou de mortinaissance. Même si leurs chances d'avoir un nouveau-né normal à la naissance sont très grandes, les risques de mortinaissance et de malformation congénitale sont néanmoins toujours présents au Canada.

Le présent chapitre fournit des données sur l'incidence des mortinaissances et des malformations congénitales (voir également le sujet 78 sur la mortalité périnatale).

Incidence des mortinaissances et des malformations congénitales, 1995

En 1995, le nombre de fœtus mort-nés s'élevait à 1 884, soit 65,4 pour 10 000 naissances (tableau 65)[1]. Chez les nouveau-nés, 13 629 présentaient des anomalies, soit 483,5 pour 10 000 naissances. Ce taux est le plus faible enregistré depuis 1989 (figure 65a)[1], année de mise en oeuvre du système de surveillance.

Les anomalies les plus courantes sont de loin les malformations congénitales musculo-squelettiques (130,6/10 000) et cardiaques (78,8/10 000). Les autres formes d'anomalies sont relativement rares (figure 65b)[1]. Les malformations musculo-squelettiques les plus répandues sont la luxation congénitale de la hanche et le pied bot (figure 65c)[1], chacune d'elles étant plus fréquente que les anomalies du système digestif, des organes génitaux et du système nerveux central ou que le syndrome de Down (tableau 65).

Il n'y a pas de données internationales qui permettent de faire des comparaisons avec la situation au Canada.

Différences entre les groupes

La seule répartition des données sur les mortinaissances et les malformations congénitales obtenues grâce à ce système de surveillance est celle relative aux provinces et aux Territoires (tableau 65). À l'exception du Yukon, qui n'a fait état d'aucune mortinaissance en 1995, les taux provinciaux et territoriaux vont d'un plancher de 31,3 par 10 000 dans les Territoires du Nord-Ouest à un plafond de 78,2 par 10 000 au Manitoba et de 70,4 par 10 000 à l'Île-du-Prince-Édouard, soit le double entre le taux le plus élevé et le taux le plus faible. Le Nouveau-Brunswick et l'Alberta présentent les taux les plus faibles d'anomalies totales (326,7/10 000 et 343,3/10 000 respectivement), bien que les Territoires du Nord-Ouest (359,7/10 000) et l'Île-du-Prince-Édouard (404,7/10 000) affichent également des taux bien inférieurs à la moyenne canadienne de 483.5 par 10 000. C'est Terre-Neuve qui présente le plus grand nombre de cas de malformations congénitales en 1995, soit 800,6 par 10 000 ; le Manitoba (633,0/10 000) et la Saskatchewan (608,2/10 000) se classent aussi largement au-dessus de la moyenne canadienne.

Définitions et méthodes

Les données relatives aux mortinaissances et aux naissances de l'Alberta et du Manitoba proviennent de Statistique Canada, et celles des autres provinces et territoires, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données sur les malformations congénitales de l'Alberta proviennent de l'Alberta Congenital Anomalies Surveillance System (ACASS),

et celles du Manitoba, de la base de données provinciale sur l'hospitalisation. Les données pour les autres provinces et Territoires proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé. Toutes ces données sont compilées par le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada.

La Nouvelle-Écosse et le Québec ne sont pas incluses parce que les données de l'ICIS en ce qui concerne les naissances dans ces deux provinces ne sont pas exhaustives.

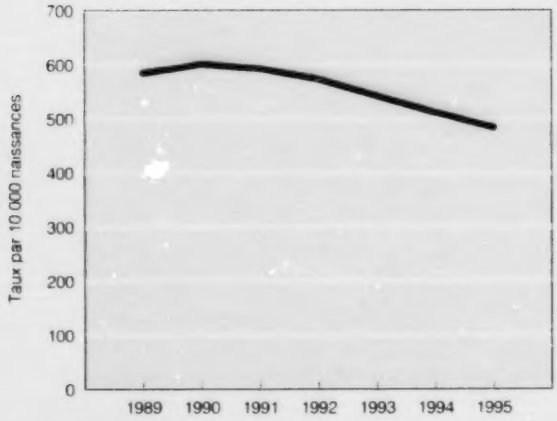
La désignation de la province ou du Territoire indique le lieu de naissance et non le lieu de résidence de la mère ; la migration d'une province ou d'un territoire à l'autre en cas de grossesse difficile ou d'anomalie soupçonnée peut modifier les taux de provinces ou de Territoires voisins, par exemple, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Il ne faut pas confondre les données qui figurent au présent chapitre avec celles des registres provinciaux/territoriaux de statistiques de l'état civil.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales, 1995*, Ottawa, 1997.

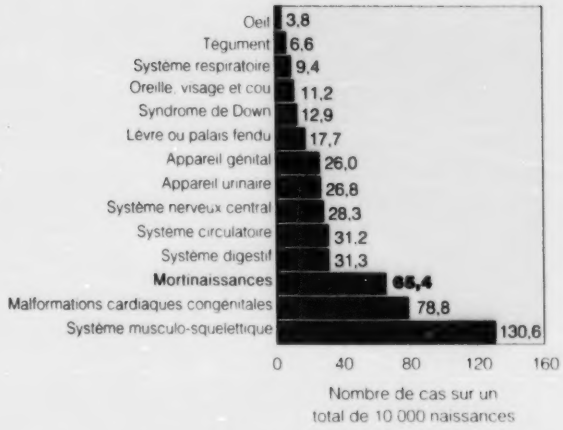
Figure 65a **Total des malformations congénitales, Canada*, 1989–1995**



* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales 1995*, Ottawa, 1997.

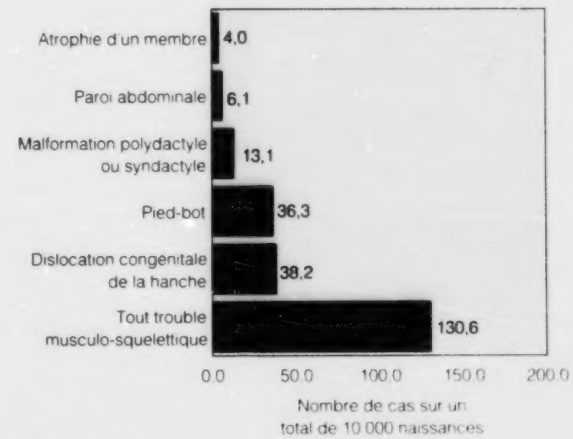
Figure 65b **Malformations congénitales et mortinaissances, Canada*, 1995**



* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales 1995*, Ottawa, 1997.

Figure 65c **Malformations musculo-squelettiques, selon le type, Canada*, 1995**



* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales 1995*, Ottawa, 1997

et celles du Manitoba, de la base de données provinciale sur l'hospitalisation. Les données pour les autres provinces et Territoires proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé. Toutes ces données sont compilées par le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales (SCSAC), au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada.

La Nouvelle-Écosse et le Québec ne sont pas incluses parce que les données de l'ICIS en ce qui concerne les naissances dans ces deux provinces ne sont pas exhaustives.

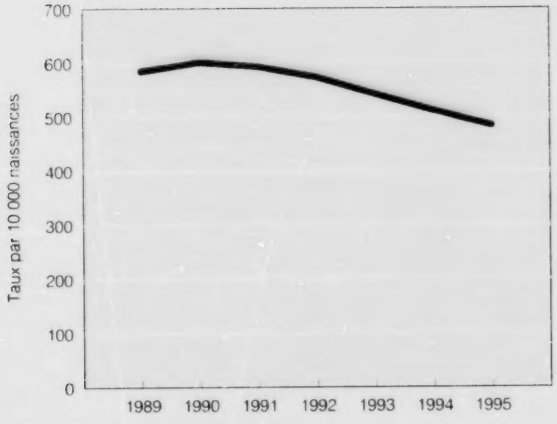
La désignation de la province ou du Territoire indique le lieu de naissance et non le lieu de résidence de la mère ; la migration d'une province ou d'un territoire à l'autre en cas de grossesse difficile ou d'anomalie soupçonnée peut modifier les taux de provinces ou de Territoires voisins, par exemple, la Colombie-Britannique et le Yukon.

Il ne faut pas confondre les données qui figurent au présent chapitre avec celles des registres provinciaux/territoriaux de statistiques de l'état civil.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales, 1995*, Ottawa, 1997.

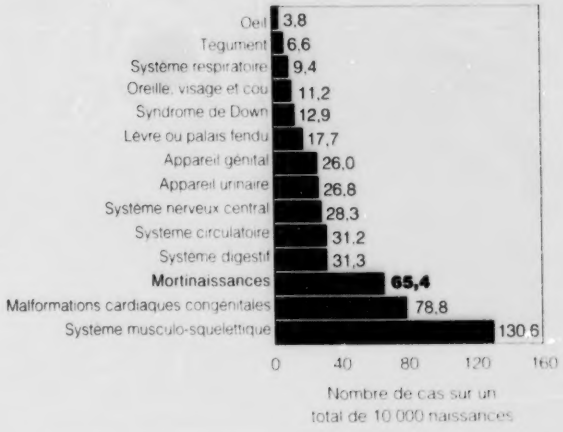
Figure 65a **Total des malformations congénitales, Canada*, 1989–1995**



* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales 1995*, Ottawa, 1997.

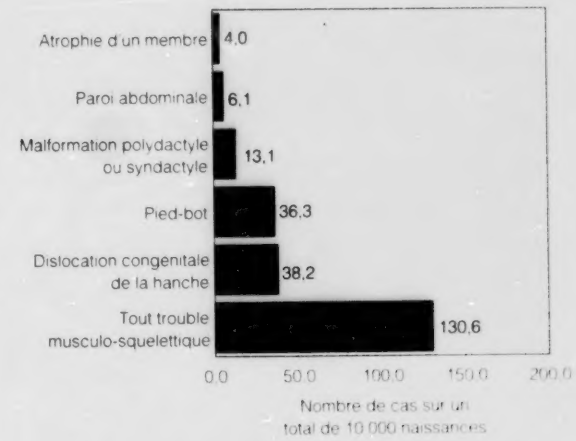
Figure 65b **Malformations congénitales et mortinaissances, Canada*, 1995**



* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales 1995*, Ottawa, 1997.

Figure 65c **Malformations musculo-squelettiques, selon le type, Canada*, 1995**



* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales 1995*, Ottawa, 1997

Tableau 65 Incidence des mortinaissances et des malformations congénitales par 10 000 naissances, selon la province ou le territoire[a], Canada*, 1995

	Mortinaissances		Total des anomalies		Taux par 10 000 naissances					
	Nombre	Taux par 10 000 naissances	Nombre	Taux par 10 000 naissances	Troubles musculo-squelettiques	Coeur	Système digestif	Appareil génital	Système nerveux central	Syndrome de Down
Canada, total	**1 844**	**65,4**	**13 629**	**483,5**	**130,6**	**78,8**	**31,3**	**26**	**28,3**	**12,9**
Terre-Neuve	26	44,8	465	800,6	229,0	142,9	65,4	24,1	58,5	20,7
Î.P.-É.	12	70,4	69	404,7	93,8	134,9	17,6	29,3	5,9	17,6
N.-B.	31	35,3	287	326,7	66,0	75,1	36,4	19,4	30,7	9,1
Ontario	978	65,8	6 878	462,6	111,4	80,8	32,6	25,8	27,6	11,0
Manitoba	127	78,2	1 028	633,0	176,1	86,8	27,7	38,8	33,9	13,5
Saskatchewan	78	60,6	783	608,2	156,1	117,3	35,0	17,1	41,9	12,4
Alberta	262	66,9	1 345	343,3	92,4	44,9	17,9	19,4	19,7	12,0
C.-B.	326	69,5	2 706	577,1	201,3	77,8	33,9	31,6	28,6	19,4
Yukon	0	0	22	540,5	319,4	73,7	0	98,3	0	0
T.N.-O.	4	31,3	46	359,7	93,8	86,0	39,1	7,8	31,3	0

* Sauf la Nouvelle-Écosse et le Québec.

[a] Où se situe l'établissement participant ; pas nécessairement le lieu de résidence de la patiente.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Prévalence des malformations congénitales au Canada, 1995*, Ottawa, 1997.

66

Avortements thérapeutiques

Introduction

L'avortement est une question délicate, et les avis sont très partagés à ce sujet, au sein de la société. L'information sur les chiffres et les taux d'avortements provoqués (thérapeutiques) est une mesure utile sur les installations qui offrent ce service et sur l'étendue du phénomène pour des raisons de santé et autres. Le présent chapitre décrit le nombre d'avortements au Canada, les taux pour 100 naissances vivantes et pour 1 000 femmes entre 15 et 44 ans.

Incidence de l'avortement en 1995

En 1995, 70 549 Canadiennes ont subi un avortement thérapeutique à l'hôpital, et il y a eu 35 650 avortements additionnels en clinique, dans sept provinces ; en outre, 459 Canadiennes ont eu un avortement aux États-Unis. Le taux d'avortement total pour 100 naissances vivantes était de 28,2 (figure 66a)[1]. Les taux d'avortement des hôpitaux s'élevaient à 18,7 pour 100 naissances vivantes, et à 10,3 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans (tableau 66)[1].

Par suite de modifications apportées aux lois sur l'avortement en 1969, les nombres et taux d'avortements thérapeutiques ont augmenté considérablement de 1970 à 1982, de 11 152 à 75 071 (données non présentées), et le taux pour 100 naissances vivantes dans les hôpitaux, de 3,0 à 17,8 (figure 66a). En 1983, les nombres et les taux d'avortements ont diminué d'environ 8 p. 100, et sont demeurés stables au cours des deux années qui ont suivi. Puis on a enregistré des hausses durant les huit années subséquentes, lesquelles ont été accompagnées d'un accroissement du nombre d'avortements dans des cliniques, entre 1989 et 1995. Les hausses annuelles du taux d'avortements à l'hôpital ont ralenti depuis 1993. Malgré les nombres et les taux records de 1995, les avortements à l'hôpital ont baissé pour une deuxième année consécutive, après le sommet de 1993 (72 434 cas)[2].

Le nombre et le taux d'avortements ont monté en flèche depuis 1989, principalement en raison des avortements dans les cliniques. Les premières cliniques d'avortement ont ouvert leurs portes au Québec en 1978. Avant le jugement de la Cour suprême de janvier 1988, qui invalidait la loi de 1969 sur l'avortement, on ne trouvait des cliniques d'avortement qu'au Québec[2]. À la fin de 1994, on en trouvait dans toutes les provinces à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Saskatchewan (mais non dans les deux Territoires)[2]. En 1995, presque le tiers des avortements étaient pratiqués dans les cliniques des huit provinces, par rapport à un quart en 1991[2]. La hausse des avortements dans les cliniques peut expliquer en partie la baisse de ceux pratiqués dans les hôpitaux et aux États-Unis (figure 66a)[1].

Faute de données récentes, les comparaisons à l'échelle internationale sont impossibles à établir.

Différences entre les groupes

Par rapport au nombre total d'avortements, le nombre d'avortements chez les adolescentes a considérablement diminué de 1975 à 1995. En 1975, le nombre d'avortements pratiqués dans les hôpitaux sur des jeunes filles de moins de 15 ans représentaient un peu plus de 1 p. 100 du nombre total, et seulement 0,5 p. 100 du total en 1995. La baisse était encore plus prononcée chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans : de 30 p. 100 du nombre total d'avortements dans les hôpitaux canadiens en 1975, un sommet, à seulement 19 p. 100, en 1992 et en 1993[1]. Les taux (pour les adolescentes) ont atteint un sommet en 1979, quand 19 757 avortements ont été pratiqués sur des adolescentes dans des hôpitaux, et un plancher en 1995, avec 13 939 cas (figure 66b)[1].

Le nombre d'avortements varie beaucoup chez les groupes de femmes autres que les adolescentes.

Environ 50 p. 100 des femmes ayant subi un avortement étaient dans la vingtaine (tableau 66). En fait, les femmes les plus susceptibles d'avoir un avortement à l'hôpital en 1995 étaient célibataires, dans la vingtaine, et avaient déjà au moins un enfant[2]. Bien que seulement 38 p. 100 des femmes ayant subi un avortement à l'hôpital en 1985 avaient accouché au moins une fois auparavant, la proportion s'est accrue à 50 p. 100 en 1995[2]. En 1995, la proportion de femmes mariées ayant subi un avortement à l'hôpital était sensiblement la même qu'en 1985, tandis que la proportion de femmes célibataires en ayant subi un est passée de 67 à 63 p. 100, au cours de la même période. De 1985 à 1995, la proportion de femmes en union libre, séparées, divorcées ou veuves ayant subi un avortement a augmenté, passant de 11 à 16 p. 100[3]. Dans les cliniques d'avortement, la femme moyenne était célibataire, n'avait jamais accouché et avait déjà subi au moins un autre avortement thérapeutique.

On observe des écarts frappants entre les provinces/territoires en ce qui concerne les taux d'avortements à l'hôpital. Ces taux sont les plus faibles à l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui n'est pas étonnant, étant donné l'absence d'installations pour avortements thérapeutiques dans cette province. Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan présentent des taux d'avortements à l'hôpital nettement inférieurs à la moyenne nationale, à l'opposé du Québec de l'Ontario, et du Yukon où les taux sont supérieurs à la moyenne du taux d'avortements par 100 naissances vivantes et des Territoires du Nord-Ouest qui dépassent de beaucoup les taux par 1 000 femmes (tableau 66). La Colombie-Britannique a enregistré la baisse la plus importante du nombre d'avortements à l'hôpital (une baisse de 12 p. 100), entre 1994 et 1995[1], pour se trouver légèrement sous la moyenne nationale quant au taux pour 100 naissances vivantes et pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans.

Définitions et méthodes

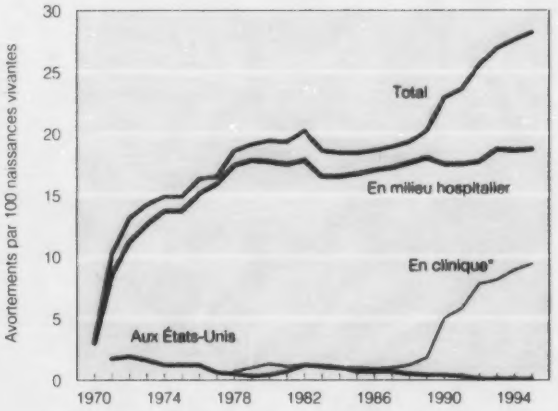
Bien que le tableau 66 présente le nombre d'avortements chez les femmes de moins de 15 et de 40 ans et plus, on établit généralement les taux en calculant le nombre d'avortements proportionnellement au nombre de femmes de 15 à 44 ans, âge convenu de la procréation.

Les comparaisons entre les provinces et les territoires sont compliquées en raison des différences quant à la disponibilité des cliniques indépendantes, à la facilité de déplacement aux États-Unis et à d'autres facteurs locaux. Il ne faut pas penser que les données sur les avortements dans les hôpitaux brossent un tableau complet de la situation dans une province ou un territoire donné. De même, les comparaisons à l'échelle internationale sont difficiles à cause de différentes lois et conditions d'accès aux installations. Elles ne sont pas présentées ici, puisqu'elles datent de 1987.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, n° de catalogue 82-219-XPB.
2. Statistique Canada, « Avortements thérapeutiques 1995 », *Le Quotidien*, 5 novembre 1995, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Wadhera, S., et W.J. Millar, « État matrimonial et avortement », *Rapports sur la santé*, hiver 1997, vol. 9, n° 3, p.19-26, n° de catalogue 82-003-XPB.

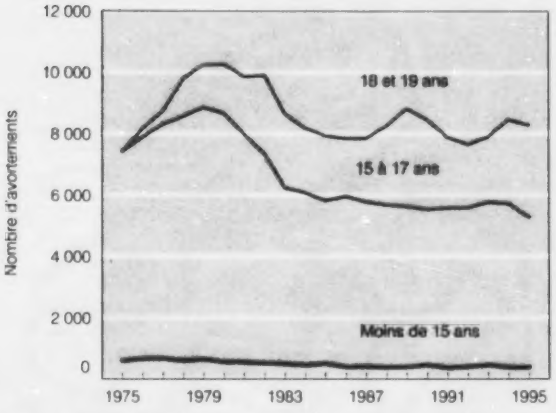
Figure 66a **Avortements thérapeutiques, résidentes canadiennes, 1970–1995**



* De 1978 à 1989, l'information porte sur le Québec uniquement. Pour 1990, les cliniques de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba et de la Colombie-Britannique sont incluses. Les cliniques de l'Alberta s'ajoutent aux données de 1991 à 1995, et celles du Nouveau-Brunswick, aux données de 1991 et 1995.

Source: Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, n° de catalogue 82-219-XPB (tableau 11).

Figure 66b. **Avortements thérapeutiques chez les adolescentes, en milieu hospitalier, selon l'âge*, Canada, 1975–1995**



* Inclut une redistribution lorsque l'âge des femmes est inconnu.

Source: Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, nº de catalogue 82-219-XPB (tableau 5).

Environ 50 p. 100 des femmes ayant subi un avortement étaient dans la vingtaine (tableau 66). En fait, les femmes les plus susceptibles d'avoir un avortement à l'hôpital en 1995 étaient célibataires, dans la vingtaine, et avaient déjà au moins un enfant[2]. Bien que seulement 38 p. 100 des femmes ayant subi un avortement à l'hôpital en 1985 avaient accouché au moins une fois auparavant, la proportion s'est accrue à 50 p. 100 en 1995[2]. En 1995, la proportion de femmes mariées ayant subi un avortement à l'hôpital était sensiblement la même qu'en 1985, tandis que la proportion de femmes célibataires en ayant subi un est passée de 67 à 63 p. 100, au cours de la même période. De 1985 à 1995, la proportion de femmes en union libre, séparées, divorcées ou veuves ayant subi un avortement a augmenté, passant de 11 à 16 p. 100[3]. Dans les cliniques d'avortement, la femme moyenne était célibataire, n'avait jamais accouché et avait déjà subi au moins un autre avortement thérapeutique.

On observe des écarts frappants entre les provinces/territoires en ce qui concerne les taux d'avortements à l'hôpital. Ces taux sont les plus faibles à l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui n'est pas étonnant, étant donné l'absence d'installations pour avortements thérapeutiques dans cette province. Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan présentent des taux d'avortements à l'hôpital nettement inférieurs à la moyenne nationale, à l'opposé du Québec de l'Ontario, et du Yukon où les taux sont supérieurs à la moyenne du taux d'avortements par 100 naissances vivantes et des Territoires du Nord-Ouest qui dépassent de beaucoup les taux par 1 000 femmes (tableau 66). La Colombie-Britannique a enregistré la baisse la plus importante du nombre d'avortements à l'hôpital (une baisse de 12 p. 100), entre 1994 et 1995[1], pour se trouver légèrement sous la moyenne nationale quant au taux pour 100 naissances vivantes et pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans.

Définitions et méthodes

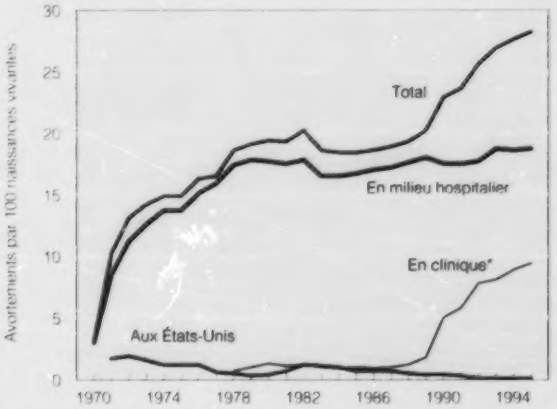
Bien que le tableau 66 présente le nombre d'avortements chez les femmes de moins de 15 et de 40 ans et plus, on établit généralement les taux en calculant le nombre d'avortements proportionnellement au nombre de femmes de 15 à 44 ans, âge convenu de la procréation.

Les comparaisons entre les provinces et les territoires sont compliquées en raison des différences quant à la disponibilité des cliniques indépendantes, à la facilité de déplacement aux États-Unis et à d'autres facteurs locaux. Il ne faut pas penser que les données sur les avortements dans les hôpitaux brossent un tableau complet de la situation dans une province ou un territoire donné. De même, les comparaisons à l'échelle internationale sont difficiles à cause de différentes lois et conditions d'accès aux installations. Elles ne sont pas présentées ici, puisqu'elles datent de 1987.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, n° de catalogue 82-219-XPB.
2. Statistique Canada, « Avortements thérapeutiques 1995 », *Le Quotidien*, 5 novembre 1995, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Wadhera, S., et W.J. Millar, « État matrimonial et avortement », *Rapports sur la santé*, hiver 1997, vol. 9, n° 3, p.19-26, n° de catalogue 82-003-XPB.

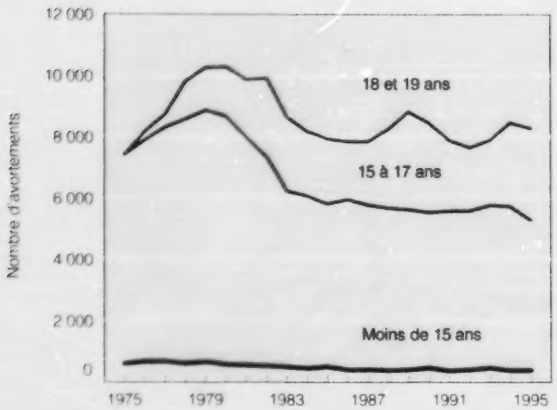
Figure 66a **Avortements thérapeutiques, résidentes canadiennes, 1970–1995**



* De 1978 à 1989, l'information porte sur le Québec uniquement. Pour 1990, les cliniques de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba et de la Colombie-Britannique sont incluses. Les cliniques de l'Alberta s'ajoutent aux données de 1991 à 1995, et celles du Nouveau-Brunswick, aux données de 1991 et 1995.

Source: Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, n° de catalogue 82-219-XPB (tableau 11).

Figure 66b **Avortements thérapeutiques chez les adolescentes, en milieu hospitalier, selon l'âge*, Canada, 1975–1995**



* Inclut une redistribution lorsque l'âge des femmes est inconnu.

Source: Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, n° de catalogue 82-219-XPB (tableau 5).

Tableau 66 Avortements thérapeutiques dans les hôpitaux canadiens, selon l'âge de la mère et la province ou le territoire de résidence, Canada, 1995

	Avortements thérapeutiques			
	Nombre	%	Sur 100 naissances vivantes	Sur 1 000 femmes[a]
Total	**70 549**	**100**	**18,7**	**10,3**
Moins de 15 ans[b]	381	0,5	–	1,9
15 à 17 ans	5 277	7,5	–	9,1
18 à 19 ans	8 281	11,7	–	21,3
20 à 24 ans	21 042	29,8	–	20,9
25 à 29 ans	15 352	21,8	–	13,8
30 à 34 ans	11 255	16,0	–	8,5
35 à 39 ans	6 802	9,6	–	5,3
40 à 44 ans[c]	2 159	3,1	–	1,9
Terre-Neuve	527	0,7	9,0	3,7
Île-du-Prince-Édouard	9	0,01	0,5	0,3
Nouvelle-Écosse	1 804	2,6	16,8	8,3
Nouveau-Brunswick	624	0,9	7,3	3,5
Québec	18 203	25,8	20,8	10,8
Ontario	29 093	41,2	19,9	11,3
Manitoba	2 833	4,0	17,6	11,2
Saskatchewan	1 830	2,6	13,6	8,4
Alberta	6 620	9,4	17,0	10,1
Colombie-Britannique	8 552	12,1	18,3	9,8
Yukon	128	0,2	27,2	16,1
Territoires du Nord-Ouest	276	0,4	17,1	26,7
Lieu de résidence inconnu	50	–	–	–

[a] Les taux par 1 000 femmes des totaux du Canada et des provinces ou territoires concernent les femmes de 15 à 44 ans.

[b] Taux par 1 000 femmes basé sur les femmes de 14 ans.

[c] Inclut les avortements thérapeutiques subis par les femmes de plus de 44 ans. Le taux est basé sur les femmes de 40 à 44 ans.

Source: Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, nº de catalogue 82-219-XPB (tableaux 5 et 17).

67

Poids corporel

Introduction

Le poids corporel repose sur plusieurs facteurs dont l'hérédité, l'alimentation (sujet 47) et d'autres aspects du mode de vie comme l'exercice (sujet 46). Le poids excessif et l'obésité sont liés à une foule de problèmes de santé dont les maladies cardiovasculaires (sujet 74), le diabète (sujet 68) et certaines formes de cancer (sujet 73). Bien qu'on utilise un matériel spécial pour mesurer le poids excessif et l'obésité, l'indice de masse corporelle (IMC) est un indicateur acceptable du poids relatif (le poids par rapport à la taille)[1]. C'est aussi l'indicateur le plus courant parce qu'il peut être déterminé par de l'information auto-déclarée, bien que cette méthode tende à sous-estimer les valeurs mesurées.

Poids insuffisant, poids acceptable et poids excessif, 1996-1997

En 1996-1997, 44 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens de 20 à 64 ans présentent un poids acceptable pour leur taille (l'IMC varie entre 20,0 et 24,9). Un fort pourcentage affiche un certain excès de poids au point de constituer un risque *possible* (19 p. 100 affichent un IMC oscillant entre 25,0 ou 26,9) ou affiche un poids excessif au point d'être un risque *probable* pour la santé (29 p.100 affichent un IMC de 27,0 ou plus). Près du dixième (8 p. 100) de la population présente une insuffisance pondérale (IMC inférieur à 20) (tableau 67)[2].

Depuis 1985, la proportion du nombre de Canadiens de 20 à 64 ans qui présentent nettement un poids excessif a augmenté régulièrement (figure 67)[2,3,4]. Cela vaut autant pour les hommes que pour les femmes, quoique la prévalence du poids excessif n'ait pas augmenté de 1994-1995 à 1996-1997. Depuis 1985, on a observé une diminution du nombre de femmes ayant un poids insuffisant, mais la tendance est moins nette chez les hommes. Ces proportions sont demeurées faibles durant la période.

La proportion d'adultes ayant nettement un poids excessif est plus forte au Canada qu'en Australie ou en Écosse, mais, avec le temps, l'excès de poids est à la hausse dans les trois pays et ainsi qu'aux États-Unis.

Différences entre les groupes

En ce qui concerne l'IMC mesuré, il existe d'importants écarts entre les sexes. Les femmes sont à peu près cinq fois plus susceptibles que les hommes de présenter une insuffisance pondérale (14 p. 100 contre 3 p. 100) ; elles sont également beaucoup plus susceptibles d'avoir un poids acceptable (49 p. 100 contre 39 p. 100). Les hommes sont presque deux fois plus susceptibles d'avoir un certain excès de poids (24 p. 100 contre 14 p. 100) et plus susceptibles d'avoir nettement un poids excessif (35 p. 100 contre 23 p. 100), ce qui les expose à des risques probables pour leur santé (IMC égal ou supérieur à 27) (tableau 67).

Les différences de IMC entre les groupes d'âge sont également assez frappantes, mais pas étonnantes. Dans les groupes plus jeunes, il y a une plus forte concentration de valeurs IMC insuffisantes ou acceptables, comparativement à ce que l'on observe dans les groupes plus âgés. Deux fois plus de Canadiens de 45 à 64 ans par rapport au groupe des 20 à 24 ans ont un certain excès de poids ou un poids nettement excessif (tableau 67)[2]. Mentionnons que la proportion de Canadiens de 45 à 54 ans ayant un poids excessif est passé de 39 p. 100 en 1994-1995 à 36 p. 100 de 1996 à 1997 ; les valeurs de tous les autres groupes d'âge sont restées inchangées entre ces deux périodes[2,3].

Les chances d'avoir un poids nettement excessif sont inversement proportionnelles au niveau d'instruction. Les Canadiens ayant moins de 12 ans de

scolarité sont une fois et demie plus nombreux que les diplômés universitaires (36 p. 100 et 22 p. 100 respectivement) à avoir un excédent de poids susceptible de présenter un risque probable pour leur santé (tableau 67).

En combinant l'excès de poids et le poids nettement excessif, les trois groupes de revenu moyen font face à un risque pour la santé légèrement plus élevé (49 p. 100) que les groupes de revenu inférieur (43 p. 100) et supérieur (47 p. 100) (figure 67b)[2]. À mesure que le revenu augmente cependant, les chances diminuent que l'excédent de poids constitue un risque probable pour la santé.

Il existe de grandes différences d'une province à l'autre quant à l'IMC. La Colombie-Britannique, le Québec et l'Ontario sont les plus susceptibles de compter des habitants de poids acceptable (47, 45 et 44 p. 100, respectivement) (tableau 67). Le Nouveau-Brunswick affiche le nombre le plus important d'habitants dont le poids est excessif (42 p. 100), tandis que la Colombie-Britannique et le Québec présentent le plus petit nombre (27 p. 100). De 1994-1995 à 1996-1997, on observait la plus forte *hausse* du nombre de personnes ayant un poids excessif au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, (4 p. 100 et 3 p. 100 respectivement) en même temps qu'on enregistrait une *baisse* de 2 p. 100 en Ontario et au Manitoba[2,3]. Comparativement à la moyenne nationale (8 p. 100 de la population qui a un poids insuffisant), les Québécoises et les Ontariennes sont deux fois plus susceptibles d'avoir un poids insuffisant (17 et 15 p. 100 respectivement ; données non présentées)[2].

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[6]. Seules les Canadiennes non enceintes de 20 à 64 ans, soit 50 000 répondantes, ont répondu à cette question.

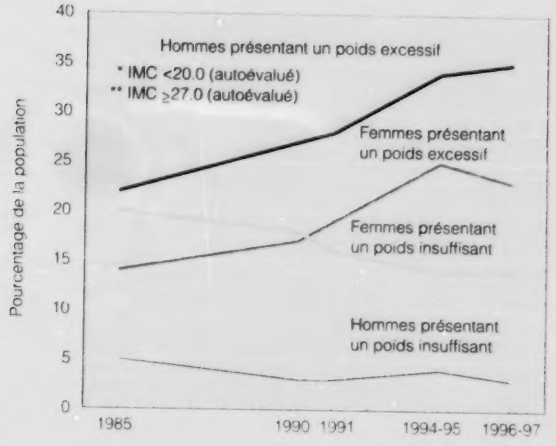
L'indice de masse corporelle, ou IMC, n'est calculé que pour les adultes de moins de 65 ans, à l'aide de la formule standard (poids en kilogrammes/taille en mètres au carré) et est interprété à l'aide des groupements standard[1]. Les deux catégories d'excès de poids déclaré ici sont classées en fonction du risque pour la santé. Contrairement à d'autres rapports où l'on se sert de l'IMC, le terme « obésité » n'est pas utilisé pour les cas d'IMC supérieurs à 27, parce qu'elle exige de mesurer le tissu adipeux, en plus du poids relatif[1].

Il y a lieu de faire preuve de discernement à l'égard des comparaisons entre les sexes parce que les hommes ont tendance à être plus musculeux que les femmes. Comme les tissus musculaires sont plus denses que les tissus adipeux, l'indice de masse corporelle d'une personne musculeuse a donc tendance à être plus élevé.

Ouvrages de référence

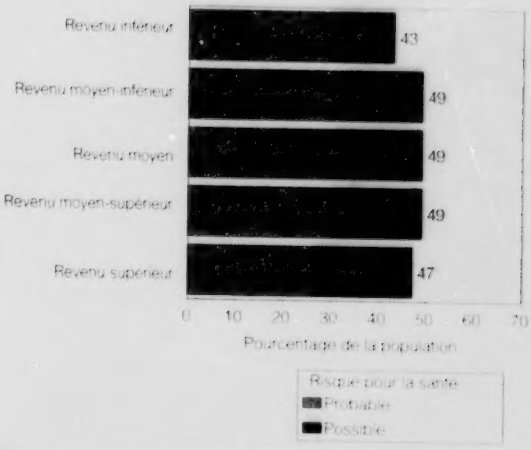
1. Santé Canada, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, rapport du groupe de travail réuni par la Direction de la promotion de la santé, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1989.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Millar, W.J., « Poids et taille », dans Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête générale sociale, Série analytique, Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994. Statistique Canada, nº de catalogue 11-612F, nº 8.
5. Stephens, T., *International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants*, exposé présenté dans le cadre du congrès international de médecine sportive 1998 de la Fédération internationale de médecine sportive 1998, Orlando (Floride), mai 1998.
6. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, juillet 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Figure 67a **Poids insuffisant* et poids excessif**, selon le sexe, population de 20 à 64 ans, Canada, 1985 à 1996–1997**



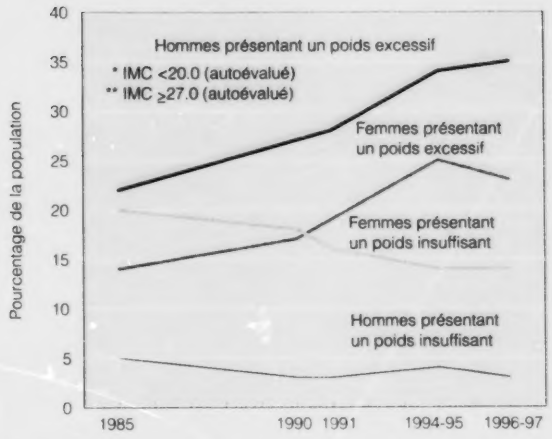
Sources: Millar, W.J., « Poids et taille », dans Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête générale sociale, Série analytique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994, Statistique Canada, n° de catalogue 11-612F, n° 8 ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 67b **Poids excessif, selon le revenu, population de 20 à 64 ans, Canada, 1996–1997**



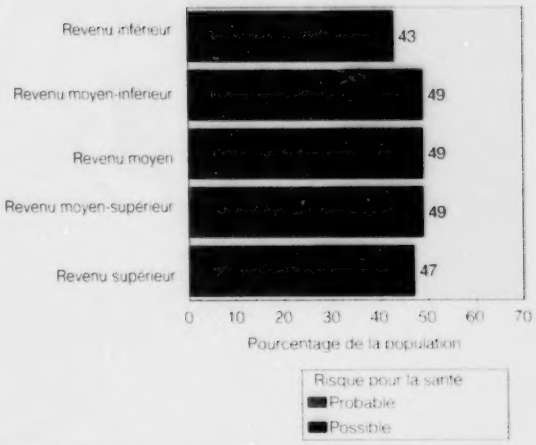
Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 67a **Poids insuffisant* et poids excessif**, selon le sexe, population de 20 à 64 ans, Canada, 1985 à 1996–1997**



Sources: Millar, W.J., « Poids et taille », dans Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête générale sociale, Série analytique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994, Statistique Canada, n° de catalogue 11-612F, n° 8 ; Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 et 1996–1997*, totalisations spéciales.

Figure 67b **Poids excessif, selon le revenu, population de 20 à 64 ans, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 67 **Indice de masse corporelle (IMC)[a], selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 20 à 64 ans, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Poids insuffisant IMCI < 20	Poids acceptable IMC = 20 à 24,9	Excès de poids IMC= 25 à 26,9	Poids excessif BMI = 27+
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 20 à 64 ans	**17 165**	**8**	**44**	**19**	**29**
Hommes	8 825	3	39	24	35
Femmes	8 339	14	49	14	23
Total, 20 à 24 ans	1 801	15	56	13	15
Hommes	938	6	57	17	20
Femmes	863	26	55	9	10
Total, 25 à 34 ans	4 202	11	46	18	24
Hommes	2 181	4	43	23	30
Femmes	2 021	19	50	12	19
Total, 35 à 44 ans	5 041	8	45	18	29
Hommes	2 615	2	37	24	36
Femmes	2 426	13	53	12	21
Total, 45 à 54 ans	3 641	5	38	21	36
Hommes	1 881	2	31	25	43
Femmes	1 760	9	45	17	29
Total, 55 à 64 ans	2 480	4	36	21	39
Hommes	1 210	2	32	25	41
Femmes	1 270	6	40	17	36
Inférieur au secondaire	3 068	7	39	19	36
Secondaire	7 337	9	43	19	30
Collégial	3 601	8	44	19	29
Universitaire	3 069	9	51	18	22
Terre-Neuve	333	#	39	18	39
Île-du-Prince-Édouard	77	5	36	21	37
Nouvelle-Écosse	549	6	38	18	38
Nouveau-Brunswick	442	5	34	19	42
Québec	4 357	10	45	18	27
Ontario	6 434	9	44	19	29
Manitoba	603	6	40	19	35
Saskatchewan	519	5	36	23	36
Alberta	1 582	8	43	20	30
Colombie-Britannique	2 268	8	47	19	27

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Poids mesuré en kilogrammes par rapport à la taille en mètres carrés.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

68

Affections chroniques

Introduction

Certaines maladies chroniques suscitent de l'intérêt parce qu'elles sont parmi les principales causes de décès (sujet 82), d'années potentielles de vie perdues (sujet 84) ou d'hospitalisation (sujets 76 et 77). Le cancer et les maladies cardiovasculaires en sont des exemples (sujets 73 et 74). D'autres maladies peuvent affecter la santé fonctionnelle (sujet 56) ou réduire la qualité de vie d'un grand nombre de personnes, mais leurs répercussions sont moins graves sur le plan individuel.

Le présent chapitre porte sur la prévalence des affections chroniques telle qu'établie par une enquête réalisée auprès de la population et non sur des statistiques administratives, principale autre source d'information sur ces maladies (sujet 77). L'expression « affections chroniques » utilisée ci-après désigne les maladies d'une durée d'au moins six mois.

Prévalence des affections chroniques, 1996-1997

Les allergies non alimentaires constituent l'affection la plus répandue parmi les personnes de 12 ans ou plus dans les ménages. Cette affection touche 22 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens, soit plus de 5,5 millions de personnes (tableau 68)[1], une hausse par rapport au niveau de 1994-1995 (17 p. 100). Alors que les allergies sont également l'affection chronique la plus fréquente[2], l'arthrite et le rhumatisme et les maux de dos se classent au deuxième rang (14 p. 100), suivis de l'hypertension artérielle (10 p. 100). Les maux de dos, comme principale cause de restriction des activités (sujet 59), sont déclarés par 3,5 millions de Canadiens. D'autres affections comme la migraine (8 p. 100), l'asthme (7 p. 100) et les allergies alimentaires (7 p. 100) sont également très répandues au sein de la population. En effet, aux dires des répondants de l'enquête, la prévalence déclarée de plusieurs maladies égalerait ou dépasserait celle des maladies cardiovasculaires ou du cancer (figure 68)[1]. Toutes les affections chroniques sont plus fréquentes en 1996-1997 qu'en 1994-1995[1,2].

Différences entre les groupes

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer la plupart des affections, plus particulièrement les allergies, les migraines, l'arthrite et le rhumatisme (tableau 68). Les différences entre les femmes et les hommes semblent s'accentuer avec l'âge.

La prévalence de certaines affections chroniques augmente avec l'âge. Par exemple, les allergies non alimentaires touchent surtout les jeunes (tableau 68). L'asthme affecte particulièrement les jeunes (12 à 19 ans)[1], tandis que l'arthrite, les maux de dos et l'hypertension artérielle touchent surtout les 45 ans et plus. Les allergies alimentaires sont les seules affections qui se répartissent presque également dans tous les groupes d'âge.

On n'observe aucun lien systématique entre ces affections chroniques et le niveau d'instruction (tableau 68).

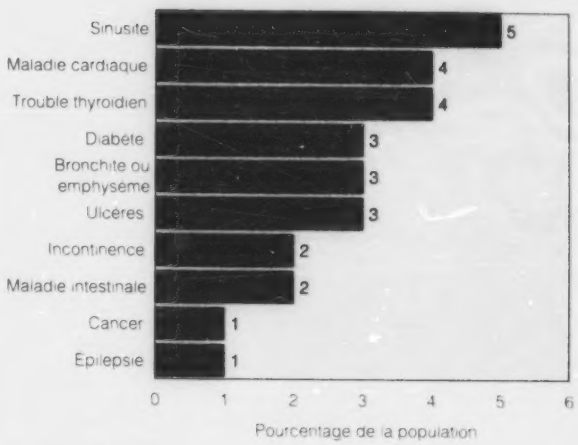
Les comparaisons entre les provinces révèlent que les Terre-Neuviens sont les moins susceptibles de déclarer qu'ils souffrent d'allergies, que les Québécois et les Terre-Neuviens sont également les moins enclins à déclarer des maux de dos (tableau 68). Les résidents de la Nouvelle-Écosse sont les plus susceptibles de souffrir d'allergies non alimentaires ainsi que d'hypertension artérielle, d'arthrite et de rhumatisme, et ceux du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan, de souffrir d'allergies alimentaires.

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[1].

Tel que mentionné, les responsables de l'enquête informaient le répondant que les affections devaient être d'une durée d'au moins six mois. Ils énuméraient les affections à partir d'une liste, et le répondant indiquait celles qui, en principe, avaient été diagnostiquées par un professionnel de la santé, ce qui n'était pas le cas dans les enquêtes antérieures. Il est donc impossible, pour cette raison, d'établir des tendances temporelles à l'égard de ces affections.

Figure 68 **Prévalence d'affections chroniques choisies, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Ouvrages de référence

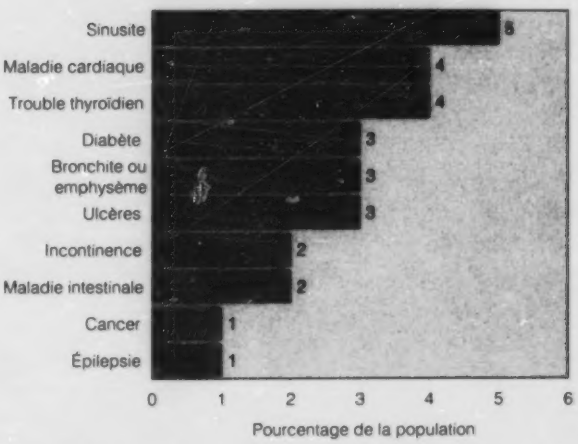
1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, juillet 1998, nº de catalogue 82-567-XPB.

Définitions et méthodes

Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillonnage complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[3].

Tel que mentionné, les responsables de l'enquête informaient le répondant que les affections devaient être d'une durée d'au moins six mois. Ils énuméraient les affections à partir d'une liste, et le répondant indiquait celles qui, en principe, avaient été diagnostiquées par un professionnel de la santé, ce qui n'était pas le cas dans les enquêtes antérieures. Il est donc impossible, pour cette raison, d'établir des tendances temporelles à l'égard de ces affections.

Figure 68. **Prévalence d'affections chroniques choisies, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.
2. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, « *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997* », Ottawa, Ministre de l'Industrie, juillet 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Tableau 68. **Prévalence des affections chroniques diagnostiquées, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estime de population	Allergies non alimentaires	Allergies alimentaires	Arthrite ou rhumatisme	Maux de dos	Hypertension	Migraines	Asthme
	(en milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**24 595**	**22**	**7**	**14**	**14**	**10**	**8**	**7**
Hommes	12 099	19	5	10	13	9	4	6
Femmes	12 495	26	9	18	15	11	11	8
Total, 12 à 14 ans	1 151	21	6	#	2	#	4	12
Hommes	580	23	6	#	#	#	3	12
Femmes	571	20	6	#	#	#	4	12
Total, 15 à 17 ans	1 284	27	8	#	7	#	6	14
Hommes	683	25	4	#	5	#	3	13
Femmes	601	30	13	#	9	#	8	16
Total, 18 à 19 ans	826	27	8	2	7	#	6	14
Hommes	403	28	5	#	4	#	#	14
Femmes	424	26	10	#	10	#	9	15
Total, 20 à 24 ans	1 873	28	7	2	10	1	7	9
Hommes	948	27	6	1	7	#	4	7
Femmes	924	30	9	4	12	#	10	11
Total, 25 à 34 ans	4 472	26	7	4	13	1	10	8
Hommes	2 209	23	5	3	13	1	5	6
Femmes	2 263	28	9	5	13	1	15	9
Total, 35 à 44 ans	5 238	23	7	8	15	4	10	6
Hommes	2 645	19	7	6	15	5	6	4
Femmes	2 593	27	7	10	15	4	14	7
Total, 45 à 54 ans	3 771	20	7	15	18	12	10	5
Hommes	1 922	14	5	11	17	11	5	4
Femmes	1 849	25	8	20	19	13	15	7
Total, 55 à 64 ans	2 565	19	7	28	20	22	7	5
Hommes	1 231	12	4	20	20	21	3	3
Femmes	1 334	26	9	36	20	24	10	7
Total, 65 à 74 ans	2 096	17	6	40	17	31	4	6
Hommes	930	11	3	32	15	28	2	6
Femmes	1 166	23	8	46	18	34	6	6
Total, 75 ans et +	1 320	14	5	47	17	34	3	6
Hommes	549	9	4	37	14	26	1	5
Femmes	771	18	7	54	19	40	4	6
Inférieur au secondaire	7 526	16	5	16	15	12	7	7
Secondaire	9 307	23	7	14	15	10	8	7
Collégial	4 134	22	6	14	15	10	9	6
Universitaire	3 461	24	7	10	11	8	7	6
Terre-Neuve	478	15	4	14	11	11	6	5
Île-du-Prince-Édouard	113	18	7	18	12	12	7	6
Nouvelle-Écosse	775	25	7	20	14	16	9	6
Nouveau-Brunswick	632	22	9	16	13	11	8	6
Québec	6 131	22	5	12	11	9	7	7
Ontario	9 323	23	7	14	15	10	8	7
Manitoba	902	18	7	15	16	11	7	7
Saskatchewan	801	23	9	19	17	11	5	7
Alberta	2 244	21	7	13	15	8	7	7
Colombie-Britannique	3 196	25	8	14	16	10	8	8

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

69

Maladies évitables par la vaccination

Introduction

On peut prévenir nombre de maladies infantiles et adultes à l'aide de vaccins indiqués (voir le sujet 15), et la baisse spectaculaire du nombre de maladies évitables par la vaccination au pays démontre l'efficacité des programmes d'immunisation des provinces et des Territoires. Comparativement à l'époque où l'on ne disposait pas de vaccins, le Canada a enregistré une baisse de 95 p. 100 du nombre de cas de rougeole et d'infections invasives attribuées à *l'Haemophilus influenzae* de type b (Hib), et a éliminé complètement la poliomyélite. Malgré les efforts déployés par les responsables de la santé publique, certaines maladies continuent d'affecter la population.

Le présent chapitre examine l'incidence de neuf maladies que l'on peut prévenir par la vaccination : la diphtérie, la rougeole, les oreillons, la coqueluche, la poliomyélite, la rubéole, la rubéole congénitale, le tétanos, et le Hib.

Incidence de la maladie, 1996

La diphtérie. On n'a rapporté aucun cas de diphtérie en 1996 (figure 69)[1]. L'incidence de cette maladie est demeurée très faible depuis le début des années 1980, et seulement de deux à cinq cas ont été rapportés chaque année, de 1986 à 1995. La diphtérie classique est rare au Canada, et aucun décès n'a été déclaré depuis 1983[1].

La rougeole. En 1996, on a recensé 335 cas de rougeole au pays, pour un taux de 1,1 cas par 100 000 habitants (tableau 69)[1]. Depuis 1990, l'incidence annuelle de cas déclarés a beaucoup fluctué, allant d'un maximum de 22,9 cas par 100 000 habitants en 1991, à un minimum de 0,7 cas pour 100 000 habitants en 1993. Cette année-là, 203 cas de rougeole ont été déclarés au Canada, soit une incidence presque quinze fois moindre qu'en 1992. Il s'agissait aussi du total annuel déclaré le plus faible depuis 1924, première année de déclaration obligatoire au pays. En 1994 toutefois, l'incidence était environ 2,5 fois plus élevée que celle de 1993, et en 1995, 4,4 fois plus élevée qu'en 1994. Puis en 1996, on a enregistré 7 fois moins de cas qu'en 1995. Des campagnes de revaccination d'envergure ainsi que l'application de programmes pancanadiens d'immunisation systématique à deux doses contre la rougeole en 1996 sont responsables de cette incidence réduite. Cela place le Canada dans une excellente position pour atteindre son objectif d'élimination de la rougeole d'ici l'an 2005, voire l'élimination possible de la maladie d'ici l'an 2000, objectif de l'Organisation panaméricaine de la santé[1].

Les oreillons. De 1990 à 1996, on a recensé 367 cas en moyenne par année, baisse considérable par rapport à la moyenne de 30 000 cas, dans les années quarante et cinquante[1]. Au cours des récentes années, les taux d'incidence sont passés de 1,6 cas par 100 000 habitants en 1990[1], à 1,0 cas par 100 000 habitants, en 1996 (tableau 69).

La coqueluche. Dans l'ensemble, l'incidence annuelle moyenne a diminué d'environ 90 p. 100, passant de 157 cas par 100 000 habitants (17 463 cas) durant la période ayant immédiatement précédé les premières campagnes d'immunisation des années trente, à 24 cas pour 100 000 habitants (4 900 cas) de 1990 à 1996. En 1996, on avait 18 cas de coqueluche par 100 000 habitants (tableau 69). Au cours des dernières années, l'incidence de la maladie a augmenté partout au pays, et les épidémies étaient plus importantes. L'incidence déclarée en 1994 et 1995 (34,7 et 33,2 cas par 100 000 habitants respectivement) a été la plus importante de la décennie, ce qui empêchera vraisemblablement le Canada d'atteindre son objectif de réduction en ce qui concerne cette maladie[1].

La poliomyélite. Le dernier cas de poliomyélite paralytique attribuée à un virus sauvage au Canada s'est produit en 1977. Le pays a été officiellement

déclaré exempt de la poliomyélite en 1994, quand l'Organisation mondiale de la santé (région des Amériques) a annoncé l'élimination de la maladie en Amérique.

La rubéole. On a recensé 302 cas de rubéole en 1996 (tableau 69). De 1990 à 1996, on a rapporté en moyenne 990 cas annuellement (de 237 à 2 265 cas), pour un taux moyen de 2,7 cas par 100 000 habitants. Cette incidence a légèrement augmenté en 1995 et en 1996[1].

La rubéole congénitale. Trente-deux cas de la maladie ont été rapportés au pays, de 1986 à 1995[1]. On estime toutefois que cette maladie est grandement sous-déclarée.

Le tétanos. On n'a rapporté que trois cas en 1996. L'incidence de la maladie a beaucoup diminué depuis l'introduction au Canada de l'anatoxine tétanique en 1949. Vingt-neuf cas ont été signalés depuis 1990[1].

L'Haemophilus influenzae de type b. On a recensé 55 cas de Hib en 1996. Avant l'introduction des premiers vaccins contre le Hib en 1987, quelque 200 cas étaient signalés chaque année (il s'agissait de méningite dans plus de 50 p. 100 des cas). Seulement 117 cas ont été rapportés en 1993, première année suivant l'introduction des premiers vaccins conjugués infantiles. De 1991 à 1996, l'incidence a diminué, passant de 1,4 cas par 100 000 habitants (370 cas) en 1991, à 0,2 par 100 000 (55 cas) en 1996, soit sept fois moins. On prévoit une diminution accrue de l'incidence de la maladie, car un plus grand nombre d'enfants sont immunisés en bas âge[1].

Différences entre les groupes

On observe peu de différences entre les hommes et les femmes (excepté pour la rubéole) mais les écarts reliés à l'âge sont prononcés, en ce qui concerne le nombre de maladies évitables par la vaccination (tableau 69). Par exemple, plus de 75 p. 100 des cas d'oreillons affectent les enfants de 1 à 14 ans, surtout entre 5 et 9 ans, tandis que l'incidence la plus élevée de coqueluche selon l'âge se trouve chez les bébés. Par ailleurs, on a observé un certain nombre de poussées de rubéole dans les collèges et universités au cours des dernières années, et environ le tiers des cas déclarés au cours des cinq dernières années affectent les jeunes de 10 à 19 ans[1]. Dans l'ensemble, de 50 à 60 p. 100 des cas déclarés au Canada concernent des personnes de 10 à 39 ans.

Les différences entre les provinces pour ce qui est des taux de rougeole, d'oreillons et de rubéole sont, en général, faibles, mais il y a des exceptions notables, particulièrement en ce qui concerne la rubéole au Manitoba, et les taux de coqueluche et d'oreillons au Yukon (tableau 69). L'incidence accrue de rougeole en 1994 a surtout frappé l'Ontario et le Québec, ce dont témoignent, jusqu'à un certain point, les taux de 1996[1].

On observe une plus grande variabilité interprovinciale en ce qui concerne la coqueluche (tableau 69) ; en effet, le taux du Yukon est étonnamment 65,9 fois plus élevé que celui de l'Ontario.

Trois provinces seulement disposent de mesures législatives ou de règlements en vertu de leurs lois sur la protection de la santé, qui exigent une preuve d'immunisation au moment de l'inscription scolaire. En Ontario et au Nouveau-Brunswick, on exige une preuve de vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons et la rubéole, et au Manitoba, contre la rougeole. Certaines exceptions sont permises pour des objections d'ordre médical, religieux ou de conscience. Les mesures législatives et règlements ne garantissent pas l'immunisation. Les dix provinces et les deux Territoires permettent l'exclusion de l'école d'enfants non vaccinés, pendant des épidémies de maladies évitables par la vaccination.

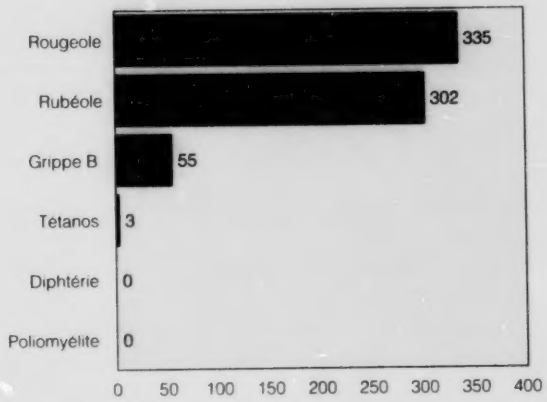
Définitions et méthodes

Les données sur l'incidence des maladies évitables par la vaccination sont fournies par les provinces et les territoires au Registre national des maladies à déclaration obligatoire, tenu par la Division de la surveillance des maladies transmissibles, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada, Rapport national canadien de l'immunisation, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.

Figure 69 **Cas de maladies évitables par la vaccination, Canada, 1996**



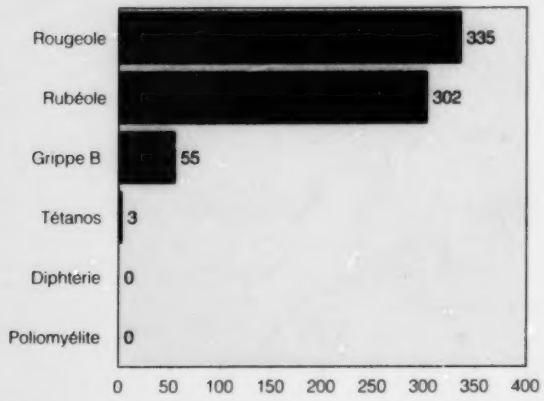
Source: Santé Canada, Rapport national canadien sur l'immunisation, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.

Tableau 69 **Nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination selon le sexe, l'âge et la province/territoire, Canada, 1996**

	Rougeole	Oreillons	Rubéole	Coqueluche
Tous les cas, tous les âges	**335**	**313**	**302**	**5 400**
	Taux par 100 000 habitants			
Total	**1,1**	**1,0**	**1,0**	**18,0**
Hommes	1,2	1,2	1,4	17,0
Femmes	1,1	0,9	0,6	19,0
Moins d'un an	6,8	0,5	5,4	153,5
1 à 4 ans	4,3	3,9	2,5	101,0
5 à 9 ans	3,0	5,0	1,1	91,2
10 à 14 ans	3,3	2,4	0,3	37,2
15 à 19 ans	3,1	1,1	4,7	6,1
20 à 24 ans	0,9	1,1	2,0	2,8
25 à 29 ans	0,4	0,6	1,0	3,5
30 à 39 ans	0,3	0,3	0,6	4,0
40 a 59 ans	0,1	0,3	0,3	1,9
60 ans et +	0,0	0,1	0,0	0,5
Terre-Neuve	0,0	0,0	0,3	10,7
Î.P.-É.	0,0	0,0	0,0	24,9
N.-É.	0,3	0,7	0,1	24,3
N.B.	0,0	0,4	0,5	16,4
Québec	1,1	1,1	0,7	17,9
Ontario	1,7	0,7	0,6	6,4
Manitoba	0,0	0,4	8,2	17,4
Saskatchewan	0,8	1,9	0,1	52,2
Alberta	0,3	2,1	2,0	36,9
C.-B.	1,1	1,3	0,5	25,4
Yukon	6,4	16,0	0,0	421,7
T.N.-O.	0,0	1,5	0,0	72,0

Source: Santé Canada, Rapport national canadien sur l'immunisation, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.

Figure 69 **Cas de maladies évitables par la vaccination, Canada, 1996**



Source: Santé Canada, Rapport national canadien sur l'immunisation, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.

Tableau 69. **Nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination selon le sexe, l'âge et la province/territoire, Canada, 1996**

	Rougeole	Oreillons	Rubéole	Coqueluche
Tous les cas, tous les âges	**335**	**313**	**302**	**5 400**
	Taux par 100 000 habitants			
Total	**1,1**	**1,0**	**1,0**	**18,0**
Hommes	1,2	1,2	1,4	17,0
Femmes	1,1	0,9	0,6	19,0
Moins d'un an	6,8	0,5	5,4	153,5
1 à 4 ans	4,3	3,9	2,5	101,0
5 à 9 ans	3,0	5,0	1,1	91,2
10 à 14 ans	3,3	2,4	0,3	37,2
15 à 19 ans	3,1	1,1	4,7	6,1
20 à 24 ans	0,9	1,1	2,0	2,8
25 à 29 ans	0,4	0,6	1,0	3,5
30 à 39 ans	0,3	0,3	0,6	4,0
40 à 59 ans	0,1	0,3	0,3	1,9
60 ans et +	0,0	0,1	0,0	0,5
Terre-Neuve	0,0	0,0	0,3	10,7
Î.P.-É.	0,0	0,0	0,0	24,9
N.-É.	0,3	0,7	0,1	24,3
N.B.	0,0	0,4	0,5	16,4
Québec	1,1	1,1	0,7	17,9
Ontario	1,7	0,7	0,6	6,4
Manitoba	0,0	0,4	8,2	17,4
Saskatchewan	0,8	1,9	0,1	52,2
Alberta	0,3	2,1	2,0	36,9
C.-B.	1,1	1,3	0,5	25,4
Yukon	6,4	16,0	0,0	421,7
T.N.-O.	0,0	1,5	0,0	72,0

Source: Santé Canada, Rapport national canadien sur l'immunisation, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.

70

Maladies transmises sexuellement

Introduction

Les principales maladies transmises sexuellement (MTS) peuvent toutes avoir de graves répercussions sur la santé ; une infection peut entraîner l'infertilité chez les deux sexes, provoquer l'apparition d'une maladie grave et, dans le cas du sida (sujet 71), causer la mort.

La conséquence la plus grave des infections à *Chlamydia trachomatis* est l'urétérite aspécifique ; la gonorrhée peut se manifester par une prostatite chez les hommes, et tant la chlamydia que la gonorrhée peuvent causer une salpingite aiguë et éventuellement l'infertilité chez les femmes ; la syphilis peut endommager les tissus et les organes, y compris le cerveau, la moelle épinière et les valvules cardiaques. Afin d'enrayer la propagation du sida, et d'autres MTS, les campagnes de sensibilisation menées au cours des dix dernières années ont visé à informer le public des dangers inhérents aux activités sexuelles non protégées (sujet 50).

Le présent chapitre traite de l'incidence des principales MTS – la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis – qui sont toutes des maladies à déclaration obligatoire.

Incidence des MTS, 1996

En 1996, la chlamydia était la MTS la plus courante. Son taux d'infection était de 114,8 par 100 000 habitants. En revanche, le taux d'infection relatif à la gonorrhée était de 16,8 par 100 000 habitants ; le taux d'infection relatif à la syphilis était beaucoup plus bas, soit 0,4 par 100 000 habitants (tableau 70)[1].

Entre 1986 et 1996, on a constaté une diminution des taux d'infection relatifs à la gonorrhée et à la syphilis (figure 70)[1]. La baisse observée a été beaucoup plus importante pour la gonorrhée (de 153,8 à 19,2 par 100 000 hommes, et de 121,7 à 14,3 par 100 000 femmes) que pour la syphilis. L'infection à chlamydia n'est surveillée systématiquement que depuis 1991, mais on a observé une baisse entre cette année-là et 1996. L'incidence de l'infection à chlamydia demeure tout de même élevée, surtout chez les femmes (172,4 par 100 000 en 1996), qui peuvent devenir stériles si elles contractent cette MTS.

Différences entre les groupes

Les risques de contracter une MTS, à l'exception du virus responsable du sida, sont plus élevés chez les jeunes adultes dont l'âge varie entre 15 et 24 ans (tableau 70). Cela est vrai pour la chlamydia et la gonorrhée ; l'incidence de la syphilis est la plus élevée chez les 25 à 29 ans. Historiquement, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de contracter la gonorrhée ou la syphilis, mais l'analyse des données de 1996 indique que cela n'est vrai que pour les personnes de 20 ans et plus en ce qui concerne la gonorrhée, et de 30 ans et plus pour ce qui est de la syphilis. Dans tous les groupes d'âge jusqu'à 60 ans et plus, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes de contracter la chlamydia ; par contre, cela est peut-être en partie attribuable au fait que les femmes sont plus enclines à se prêter à un test de dépistage que les hommes. Les récentes méthodes de dépistage non invasives peuvent avoir un effet égalisateur sur les différences entre les sexes.

Les taux d'infection relatifs à chlamydia et à la gonorrhée sont les plus élevés parmi les adolescentes de 15 à 19 ans (998,6 et 86,4 par 100 000 respectivement), et parmi les hommes, dans le groupe des 20 à 24 ans (302,7 et 66,6 par 100 000 respectivement). La syphilis est plus courante chez les hommes et les femmes de 25 à 29 ans, sans différence liée au sexe (taux de 1,2 par 100 000 pour les hommes et 1,3 par 100 000 pour les femmes) (tableau 70), mais il est important de se rappeler que l'incidence générale de l'infection par la syphilis au Canada est très basse.

En 1980, le taux d'incidence de la syphilis (primaire, secondaire et latente) était au Canada de 12,5 par 100 000[1]; en 1996, il avait diminué à 0,4 cas par 100 000 (tableau 70).

Les taux d'infection relatifs à la gonorrhée et à la chlamydia sont les plus élevés dans les Territoires du Nord-Ouest (187,8 et 1 344,9 par 100 000 respectivement) et les moins élevés à Terre-Neuve (0,4 et 48,8 par 100 000 respectivement). La syphilis est la plus courante en Saskatchewan (1,0 par 100 000), et nombre de provinces et territoires (Alberta, Terre-Neuve, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Territoires du Nord-Ouest et Yukon) n'ont déclaré aucun cas de syphilis en 1996.

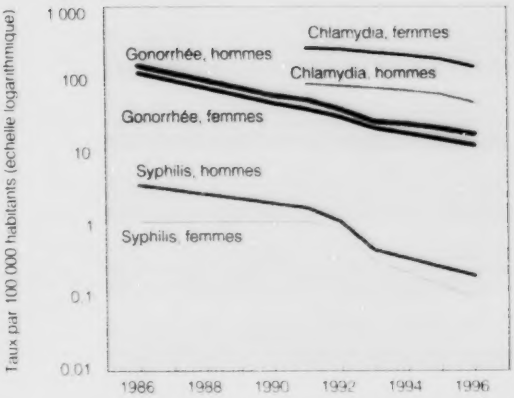
Définitions et méthodes

Les données sur les MTS sont recueillies par les ministères de la Santé des provinces et des Territoires au moment du diagnostic initial, puis transmises au Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada, où sont produites les statistiques nationales.

Les comparaisons interprovinciales et territoriales doivent être établies avec prudence, car il est possible que des comptages doubles de certains cas anonymes aient eu lieu et que des individus soient atteints de plus d'une MTS.

On doit noter que très peu de données sont disponibles sur l'incidence et la prévalence des MTS virales au Canada. Il est important de reconnaître le VIH (sujet 71), le papillomavirus humain, l'herpès génital et l'hépatite B - toutes des MTS virales - comme des MTS sérieuses, bien qu'on ne puisse pas avoir toutes les données disponibles sur ces infections.

Figure 70 **Incidence de la gonorrhée et de la syphillis, 1986–1996, et incidence de la chlamydia, selon le sexe, Canada, 1991–1996**



Source: Santé Canada. Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et du contrôle des MTS, 1998, totalisations spéciales.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et du contrôle des MTS, 1998, totalisations spéciales.

En 1980, le taux d'incidence de la syphilis (primaire, secondaire et latente) était au Canada de 12,5 par 100 000[1]; en 1996, il avait diminué à 0,4 cas par 100 000 (tableau 70).

Les taux d'infection relatifs à la gonorrhée et à la chlamydia sont les plus élevés dans les Territoires du Nord-Ouest (187,8 et 1 344,9 par 100 000 respectivement) et les moins élevés à Terre-Neuve (0,4 et 48,8 par 100 000 respectivement). La syphilis est la plus courante en Saskatchewan (1,0 par 100 000), et nombre de provinces et territoires (Alberta, Terre-Neuve, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Territoires du Nord-Ouest et Yukon) n'ont déclaré aucun cas de syphilis en 1996.

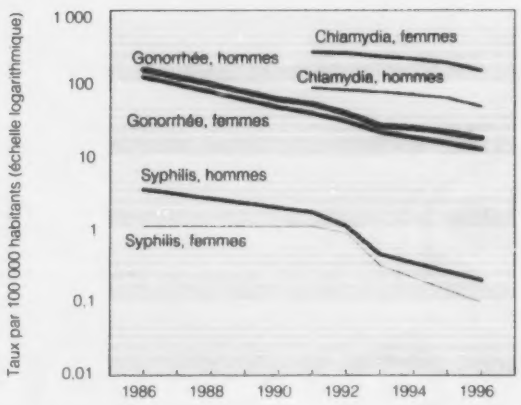
Définitions et méthodes

Les données sur les MTS sont recueillies par les ministères de la Santé des provinces et des Territoires au moment du diagnostic initial, puis transmises au Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada, où sont produites les statistiques nationales.

Les comparaisons interprovinciales et territoriales doivent être établies avec prudence, car il est possible que des comptages doubles de certains cas anonymes aient eu lieu et que des individus soient atteints de plus d'une MTS.

On doit noter que très peu de données sont disponibles sur l'incidence et la prévalence des MTS virales au Canada. Il est important de reconnaître le VIH (sujet 71), le papillomavirus humain, l'herpès génital et l'hépatite B - toutes des MTS virales - comme des MTS sérieuses, bien qu'on ne puisse pas avoir toutes les données disponibles sur ces infections.

Figure 70 **Incidence de la gonorrhée et de la syphillis, 1986–1996, et incidence de la chlamydia, selon le sexe, Canada, 1991–1996**



Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et du contrôle des MTS, 1998, totalisations spéciales.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et du contrôle des MTS, 1998, totalisations spéciales.

Tableau 70. **Maladies transmises sexuellement selon l'âge et le sexe et la province/territoire, Canada, 1996**

	Taux par 100 000 habitants		
	Chlamydia	Gonorrhée	Syphilis[a]
Total, tous les âges	**114,8**	**16,8**	**0,4**
Hommes	56,0	19,2	0,5
Femmes	172,4	14,3	0,3
Total, moins d'un an	6,2	0,8	0
Hommes	4,8	0,5	0
Femmes	7,8	1,1	0
Total, 1 à 4 ans	0,6	0,3	0
Hommes	0,1	0,3	0
Femmes	1,2	0,4	0
Total, 5 à 9 ans	0,7	0,2	0
Hommes	0,0	0,1	0
Femmes	1,4	0,2	0
Total, 10 à 14 ans	22,7	3,4	0
Hommes	2,2	0,5	0
Femmes	44,0	6,5	0
Total, 15 à 19 ans	563,3	59,4	0,6
Hommes	148,5	33,6	0,3
Femmes	998,6	86,4	0,9
Total, 20 à 24 ans	617,4	65,9	0,8
Hommes	302,7	66,6	0,7
Femmes	941,2	65,0	0,9
Total, 25 à 29 ans	238,1	42,0	1,2
Hommes	155,6	54,8	1,2
Femmes	322,0	29,0	1,3
Total, 30 à 39 ans	66,2	19,5	0,7
Hommes	51,2	30,6	1,0
Femmes	81,5	8,0	0,4
Total, 40 à 59 ans	12,8	5,0	0,3
Hommes	11,5	8,5	0,6
Femmes	14,0	1,6	0,1
Total, 60 ans et +	1,0	0,6	0,1
Hommes	1,0	1,2	0,1
Femmes	1,0	0,1	0
Terre-Neuve	48,8	0,4	0
Île-du-Prince-Édouard	95,8	0,7	0
Nouvelle-Écosse	113,9	10,3	0,3
Nouveau-Brunswick	109,3	5,4	0
Québec	90,1	6,5	0,2
Ontario	94,2	20,5	0,7
Manitoba	224,4	48,4	0,1
Saskatchewan	219,3	39,5	1,0
Alberta	174,3	16,9	0
Colombie-Britannique	106,7	13,7	0,5
Yukon	458,6	31,8	0
Territoires du Nord-Ouest	1 344,9	187,8	0

[a] Syphilis à symptômes précoces.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la prévention et du contrôle des MTS, 1998, totalisation spéciales.

71

VIH, sida et tuberculose

Introduction

Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) est peut-être la maladie la plus meurtrière des temps modernes. Les campagnes de santé publique ont visé à éduquer les gens sur les principales sources d'infection et à promouvoir des pratiques sexuelles sans risque ainsi que l'utilisation d'aiguilles stériles, en vue de ralentir la transmission du VIH (virus d'immunodéficience humain)et ainsi la survenue de nouveaux cas de sida (voir sujet 50).

La tuberculose, quant à elle, est toujours l'une des maladies infectieuses les plus présentes à l'échelle mondiale. Cette maladie est une des causes principales d'incapacité et de décès dans le monde. On estime que le tiers de la population mondiale est infecté au bacille de Koch ; la maladie serait à l'origine de l'apparition de 7 à 8 millions de nouveaux cas actifs et causerait la mort de 2 à 3 millions de personnes chaque année.

La propagation du VIH continue d'amplifier les effets de l'épidémie de tuberculose à travers le monde. La proportion du nombre de cas de tuberculose associée au VIH grandit en importance, et l'on croit que, d'ici l'an 2000, 1,5 million, ou 15 p. 100 de tous les cas de tuberculose proviendront d'individus qui vivent avec le VIH/sida[1]. Déjà, la tuberculose est la principale cause de mortalité des personnes infectées du VIH dans le monde.

Incidence de l'infection par le VIH, 1996, du sida, 1997, et de la tuberculose, 1996

VIH

Vers la fin de 1996, on avait estimé que 50 000-54 000 personnes au Canada avaient été infectées du VIH, soit un taux de 175 par 100 000 habitants. Quelque 40 100 Canadiennes et Canadiens vivaient déjà avec le VIH à ce moment-là[2].

Quelque 4 200 nouveaux cas de VIH ont été décelés en 1996, ce qui est moindre que le sommet de 5 000 à 6 000 atteint au milieu des années 1980, mais plus haut que le taux annuel précédent de 2 500 à 3 000 pour la période de 1989 à 1994. La majorité de cette hausse récente de cas de VIH se trouve chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI)[2].

Le caractère épidémique du VIH au Canada a changé. L'épidémie préalable affectait surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) alors qu'elle affecte présentement les U.D.I. Ce virage est clairement démontré dans les données de surveillance des nouveaux diagnostics du VIH (rapports de nouveaux tests positifs de VIH). Le pourcentage de nouveaux cas de VIH attribuables au HSH est passé de 75 p. 100 (1985 à 1994) à 38 p. 100 en 1997; de même le pourcentage des nouveaux cas de VIH attribuables aux U.D.I. a passé de 8 p. 100 (1985 à 1994) à 33 p. 100 en 1997. Pour la même période, le pourcentage de nouveaux cas chez les femmes est passé de 10 p. 100 à 22 p. 100, et les cas attribuables à la transmission hétérosexuelle, de 7 p. 100 à 22 p. 100[3].

Sida

Au 31 décembre 1997, le total cumulatif des cas déclarés de sida s'élevait à 15 528 au Canada (cas déclarés au Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM) (environ 20 000 cas après ajustement pour déclaration en retard), et près des trois quarts des personnes atteintes (73 p. 100, ou plus de 11 000 personnes) en étaient mortes (tableau 71)[3]. La tendance de nouveaux cas de sida ajustés pour le délai de la déclaration a grandement diminué depuis 1995 (figure 71a)[3], et cette baisse peut être due, du moins en partie, aux nouveaux traitements anti-rétroviraux qui préviennent ou retardent l'apparition du sida. Le taux d'infection au VIH au Canada s'établit à 511,8 par

million d'habitants. Cela place le pays dans la moyenne des nations industrialisées, où les taux déclarés varient considérablement (figure 71b)[4,5].

La proportion de nouveaux cas de sida attribuables aux HSH a diminué régulièrement de 1980 à 1997 (près de 80 p. 100 à 50 p. 100). À l'opposé, en 1997, 20 p. 100 des cas de sida adultes ont été attribués à la transmission par l'usage de drogues intraveineuses, comparativement à seulement 5 p. 100 et moins de 2 p. 100 en 1993 et 1990 respectivement. La proportion annuelle de cas de sida chez les femmes est passée de 4 à 6 p. 100 (de 1982 à 1991), à 8 p. 100 (1994) et à 14 p. 100 (1997)[6].

Tuberculose

En 1996, on dénombrait 1 849 cas de tuberculose au Canada, soit un taux global de 6,2 par 100 000. Le pays continue d'avoir un des taux les plus faibles de cas de tuberculose déclarés du monde. Cependant, l'épidémiologie de la maladie change au pays, et le taux de cas déclarés s'est plus ou moins stabilisé depuis 1987, après avoir baissé pendant des décennies (figure 71c)[6].

On dispose de données nationales limitées sur l'interaction de la tuberculose et du VIH. Selon une étude récente, 4,2 p. 100 du total cumulatif de cas de sida déclarés au Canada à la fin de 1996 étaient également atteints de tuberculose[7].

Différences entre les groupes

VIH

Le taux de cas de VIH chez les HSH dans les principales villes du Canada est passé de 7 - 11 nouvelles infections par 100 personnes/année en 1980 à 1-2 par 100 personne/année en 1995-97. La prévalence de l'infection au VIH chez les U.D.I. dans les villes s'est accrue de façon dramatique dans beaucoup de villes canadiennes (à Ottawa, elle est passée de 10 p. 100 en 1993 à 21 p. 100 en 1997) et l'incidence estimée du VIH est élevée (à Montréal: 6,5 par 100 personne/année en 1995-1997 et 18,2 à Vancouver en 1996-1997)[7].

Les Autochtones sont surreprésentés dans les collectivités d'U.D.I. des centres villes, et les cas de sida dans ce groupe sont plus susceptibles (que les non-autochtones) d'être attribués à l'usage de drogues intraveineuses (19 p. 100 contre 3 p. 100 pour les hommes par rapport à 50 p. 100 contre 17 p. 100 pour les femmes)[8].

Quelque 17 p. 100 des adultes canadiens n'ont jamais été testés pour le VIH, et approximativement 11 000 à 17 000 (30 à 40 p. 100) des 40 000 Canadiens vivant avec le VIH ne sont pas conscients de leur infection (pas testés positifs avec le VIH)[9].

Sida

Des 15 528 cas de sida déclarés au Canada à la fin de 1997, on compte 15 358 adultes (99 p. 100) et 170 enfants (1 p. 100) de moins de 15 ans. Cependant, des 11 373 décès attribuables au sida, et 105 (1 p. 100) sont des enfants (tableau 71).

Les hommes dépassent les femmes dans une proportion d'environ 14 pour 1 (tableau 71), tant du point de vue du nombre de cas déclarés que de celui du nombre de décès déclarés, mais cette proportion change. En 1997, les femmes représentent 13 p. 100 des cas diagnostiqués chez les adultes; en 1996, c'est 11 p. 100, et en 1995, 8 p. 100. Avant 1995, les femmes représentaient seulement 6 p. 100 des cas diagnostiqués chez les adultes[3].

Les cas et décès déclarés dus au sida dans les provinces sont proportionnels à leurs populations (sujet 1) à l'exception du Québec qui déclarent 33 p. 100 des cas (tableau 71) tout en ayant 24 p. 100 de la population.

Tuberculose

En raison de la multiplication des déplacements, des échanges commerciaux et de la migration entre les pays, il n'est pas étonnant que le Canada ressente les effets de l'épidémie de tuberculose qui sévit à l'échelle mondiale. Cela se voit dans le fait que la proportion du nombre total de cas déclarés parmi les individus nés à l'extérieur du Canada s'est accrue sans cesse au fil des années. En 1980, on dénombrait 976 cas parmi des individus nés à l'étranger, soit 35 p. 100 du total de 2 762 ; en 1996, ce chiffre était passé à 1 159, ou 63 p. 100 des 1 849 cas (données non présentées). La population autochtone continue d'être à risque accru et présente des taux d'incidence plusieurs fois plus élevés que dans le reste de la population (figure 71d)[6] pour cette maladie.

Définitions et méthodes

À l'instar des autres maladies à déclaration obligatoire (voir les sujets 69, 70 et 72), les dossiers liés aux

nouveaux cas de sida proviennent des services provinciaux et territoriaux de santé publique, puis sont transmis au LLCM, où des statistiques nationales sont établies.

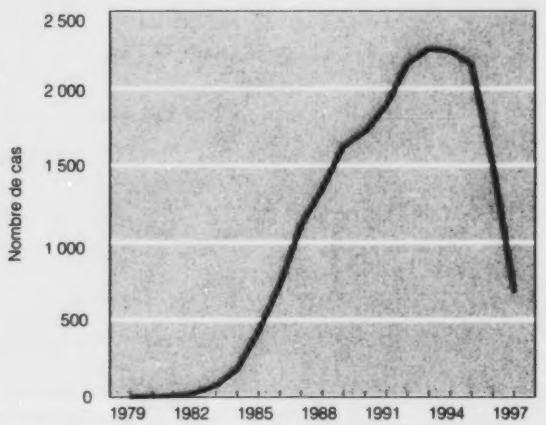
Les cas déclarés de sida sont rajustés pour compenser l'effet des délais qui surviennent entre la date du diagnostic et celle à laquelle le LLCM reçoit l'information[3].

L'année-personne est une mesure qui regroupe personne et temps et on s'en sert comme dénominateur de la fréquence personne-temps et taux de mortalité. Par exemple, un taux de fréquence de 5 p. 100 de personnes-années signifie que pour chaque tranche de 100 personnes non infectées dans la population au début d'une année, 5 deviendront infectées du VIH à la fin de l'année.

Ouvrages de référence

1. Organisation mondiale de la santé, *Feuillet sur la tuberculose*. Consultez le site Internet de l'Organisation mondiale de la santé: www.who.int/gtb.
2. Archibald C.P., R.S. Remis, J. Farley et coll., *Estimating HIV Prevalence and Incidence at the National Level: Combining Direct and Indirect Methods with Monte-Carlo Simulation*. Douzième conférence internationale sur le sida, Genève, juin-juillet 1998 (abstrait nº 43475)
3. Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, DGPS, Santé Canada, avril 1998. Pour des mises à jour, consultez le site Internet du Laboratoire de lutte contre la maladie: www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc.
4. Organisation mondiale de la santé, Surveillance mondiale du sida, *Weekly Epidemiological Record/ Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 26 juin 1998, Genève: Organisation mondiale de la santé, 1998.
5. Central Intelligence Agency. *World Factbook*, 1997. Consultez le site Internet de Central Intelligence Agency: www.ocdi.gov/cia/publications/factbook/index/html, 26 juin 1998.
6. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, totalisations spéciales.
7. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, *Relevé des études sur l'incidence et le prévalence du VIH au Canada*, avril 1998.
8. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, *Mises à jour: Épidémiologie du VIH/sida chez la population autochtone du Canada*, mai 1998.
9. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, *Mises à jour: Dépistage du VIH chez les Canadiens : Quelque 11 000 à 17 000 cas d'infection au VIH peuvent ne pas être diagnostiqués.*

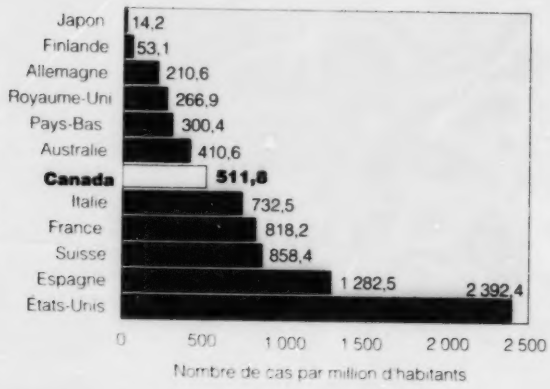
Figure 71a. **Nombre estimatif de nouveaux cas de sida*, Canada 1979–1997**



* Ajusté pour compenser les retards à la fin de 1997 et la sous-déclaration.

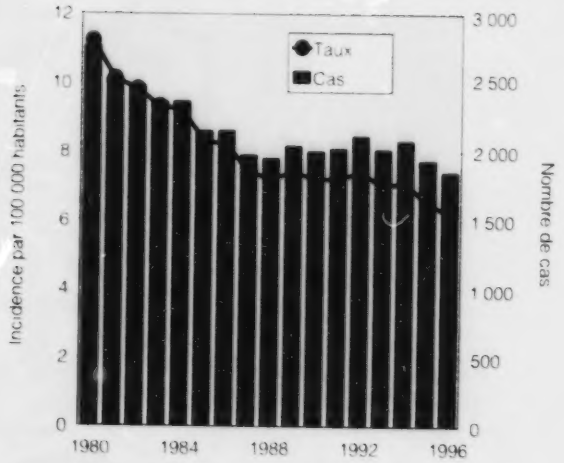
Source: Santé Canada, Le VIH et le sida au Canada, *Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Santé Canada, Ottawa, avril 1998.

Figure 71b **Prévalence du sida, pays choisis, 1997**



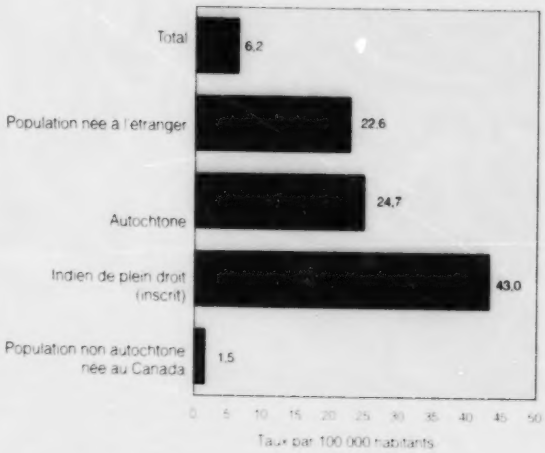
Sources: Organisation mondiale de la santé. Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida/*Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 26 juin 1998, Genève, tableau 1, p. 193-194 ; Central Intelligence Agency. *World Factbook, 1997*. Consultez le site Internet de Central Intelligence Agency : http://www.ocdi.gov/cia/publications/factbook/index.html, 26 juin 1998.

Figure 71c **Cas de tuberculose déclarés, Canada, 1980–1996**



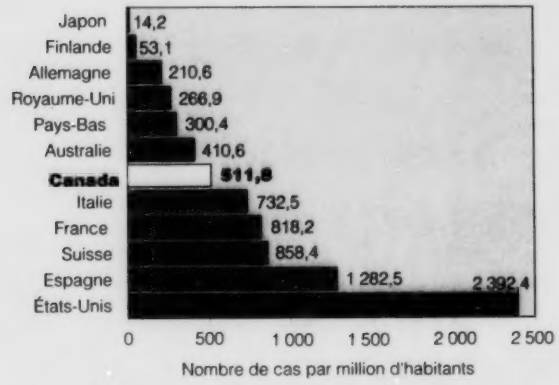
Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, totalisations spéciales.

Figure 71d **Cas de tuberculose déclarés, selon le sous-groupe de la population, Canada, 1996**



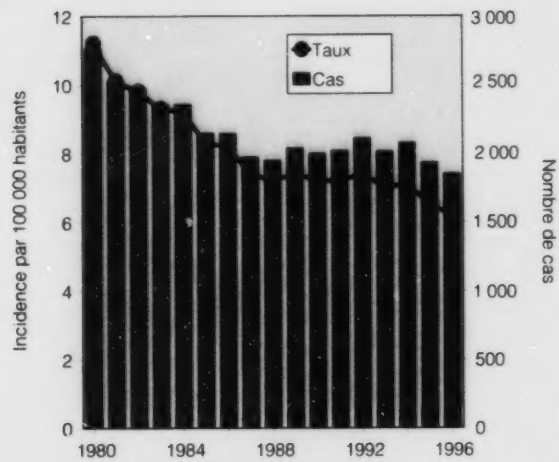
Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, totalisations spéciales.

Figure 71b. **Prévalence du sida, pays choisis, 1997**



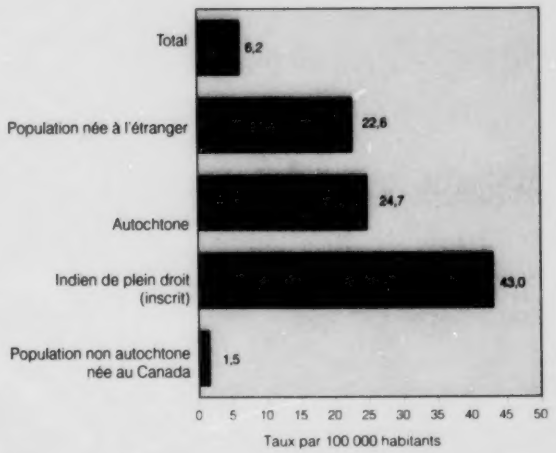
Sources: Organisation mondiale de la santé, Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida/*Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 26 juin 1998, Genève, tableau 1, p. 193-194 ; Central Intelligence Agency, *World Factbook, 1997*. Consultez le site Internet de Central Intelligence Agency : http://www.ocdi.gov/cia/publications/factbook/index/html, 26 juin 1998.

Figure 71c. **Cas de tuberculose déclarés, Canada, 1980–1996**



Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, totalisations spéciales.

Figure 71d. **Cas de tuberculose déclarés, selon le sous-groupe de la population, Canada, 1996**



Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, totalisations spéciales.

Tableau 71 **Nombre de cas de VIH dépistés selon l'âge et la province/territoire et nombre de cas déclarés de sida et décès attribuables au sida, selon l'âge, le sexe et la province/territoire, Canada, au 31 décembre 1997**

	VIH positif	Cas de sida	Décès dus au sida
Total, tous les âges	**41 049**[a]	**15 528**[b]	**11 373**[b]
Hommes	–	14 414	10 643
Femmes	–	1 113	729
Total, moins d'un an	–	76	57
Hommes	–	36	25
Femmes	–	40	32
Total, 1 à 4 ans	–	56	28
Hommes	–	25	15
Femmes	–	31	13
Total, 5 à 9 ans	–	18	9
Hommes	–	13	6
Femmes	–	5	3
Total, 10 à 14 ans	–	20	11
Hommes	–	16	9
Femmes	–	4	2
Total, moins de 15 ans	625	170	105
Total, 15 à 19 ans	567	52	35
Hommes	–	44	32
Femmes	–	8	3
Total, 20 à 29 ans	10 599	2 623	1 865
Hommes	–	2 323	1 673
Femmes	–	300	192
Total, 30 à 39 ans	15 219	6 819	4 920
Hommes	–	6 425	4 665
Femmes	–	394	255
Total, 40 à 49 ans	6 843	4 137	3 109
Hommes	–	3 959	2 993
Femmes	–	178	116
Total, 50 ans et +	2 655	1 727	1 339[b]
Hommes	–	1 573	1 225
Femmes	–	153	113
Terre-Neuve	178	64	51
I.P.-É. et Nouvelle-Écosse	531	247	189
Nouveau-Brunswick	217	125	79
Québec	8 553[c]	5 154	3 325
Ontario	18 552	6 211	5 247
Manitoba	621	147	116
Saskatchewan	378	118	96
Alberta	2 976	927	350
Colombie-Britannique	8 993	2 515	1 910
Yukon	21	4	1
Territoires du Nord-Ouest	29	16	9

[a] L'âge est inconnu pour 4 541 de cas VIH positifs.

[b] Le sexe est inconnu dans le cas d'un décès attribuable au sida.

[c] N'inclut pas 1997.

Source: Santé Canada. Le VIH et le sida au Canada : *Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Division de la surveillance du VIH/sida, Santé Canada, avril 1998.

72

Toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et maladies entériques

Introduction

Les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques sont causées par divers micro-organismes (bactéries, virus et parasites) ainsi que leurs toxines. Les symptômes vont de la diarrhée légère, du vomissement et des crampes abdominales à la maladie grave. Certains groupes de la population risquent davantage de contracter une maladie grave, y compris les enfants, les personnes âgées, les individus déjà aux prises avec une maladie grave, et les personnes immunodéprimées à cause de la maladie (comme les sidéens) ou en raison d'un traitement qu'ils reçoivent (comme les personnes en chimiothérapie). Une faible proportion de personnes aux prises avec une maladie entérique peuvent développer des troubles de santé à long terme, y compris des symptômes apparentés à l'arthrite et l'insuffisance rénale. En général, il y a infection quand le micro-organisme, ou ses toxines, entre dans l'organisme par la bouche (consommation d'aliments, de boissons ou d'eau contaminés) ou par les doigts ou divers objets contaminés. Ces derniers peuvent avoir été infectés directement par des matières fécales animales ou humaines, ou indirectement au contact d'une surface contaminée. Dans de nombreux cas, la cuisson prolongée, l'entreposage adéquat de la nourriture (en gardant les aliments au froid ou au chaud), ainsi qu'une bonne hygiène réduiront grandement les risques de contracter une maladie.

Les maladies décrites au présent chapitre comptent parmi les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques les plus fréquemment déclarées au Canada, et elles sont toutes à déclaration obligatoire. Bien qu'elles se contractent toutes de la façon indiquée ci-dessus, soulignons que la salmonelle, la campylobactérie et l'E. coli 0157 sont généralement d'origine alimentaire ; que la campylobactérie peut être également d'origine hydrique, comme la lambliase ; que le virus de l'hépatite A et la shigellose se propagent souvent dans des situations de mauvaise hygiène personnelle.

Incidence des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques, 1996

En 1996, les infections à la campylobactérie (42,7 par 100 000) sont les plus souvent déclarées, suivies de la salmonellose (22,0 par 100 000) et de la lambliase (20,3 par 100 000) (tableau 72)[1]. Les taux de déclaration des trois autres infections sont nettement inférieurs (moins de 10,0 par 100 000).

Les taux de déclaration de ces six maladies n'ont pas beaucoup changé de 1990 à 1996. À l'exception de fluctuations annuelles, ils sont demeurés stables ou ont diminué un peu, sauf pour ce qui est de la salmonellose et de la lambliase (figure 72)[1]. Les déclarations de ces deux dernières ont toutefois fléchi d'environ 25 p. 100 depuis 1991.

Les experts scientifiques de la santé publique savent bien que ces maladies sont bien plus répandues que ne le suggèrent les chiffres publiés. Selon des estimations tirées d'études nord-américaines et européennes, de 1 à 10 p. 100 des cas seulement seraient déclarés. Cela peut en partie être attribuable à la nature bénigne de nombreuses infections, que l'on peut soigner à domicile, ou à l'infime proportion de patients sur qui l'on fait des prélèvements en vue de tests en laboratoire.

Différences entre les groupes

La probabilité d'être atteint d'une toxi-infection d'origine alimentaire et hydrique ou d'une maladie entérique est plus élevée chez les jeunes enfants et, dans une moindre mesure, chez les jeunes adultes

(tableau 72). Les taux déclarés de salmonellose sont les plus élevés chez les nourrissons, les enfants de moins de 9 ans et les jeunes adultes dans la vingtaine. Chez les nourrissons de moins d'un an, ce taux de salmonellose est de 128,1 par 100 000, soit le plus déclaré des six maladies décrites. Les enfants de 1 à 4 ans sont plus souvent atteints d'infection à campylobactérie, de shigellose, de lambliase et d'infection à E. coli 0157. Les infections au virus de l'hépatite A sont les plus fréquentes chez les enfants de 5 à 9 ans. On ignore, surtout en ce qui concerne les jeunes enfants, si ces chiffres indiquent une réelle incidence, ou s'ils reflètent la probabilité accrue que les médecins fassent subir des tests de dépistage aux jeunes enfants. L'incidence accrue d'infection au virus de l'hépatite A chez les enfants de 5 à 9 ans correspond aux années scolaires du niveau primaire et peut refléter le risque accru d'infection dans un milieu où l'on prête peu d'attention à l'hygiène personnelle.

Les taux de cas déclarés d'infection à campylobactérie, de lambliase et d'infection au virus de l'hépatite A sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux de cas déclarés des six infections sont semblables chez les hommes et les femmes en ce qui concerne la salmonellose et la shigellose, mais sont systématiquement plus élevés chez les femmes pour ce qui est de l'infection à E. coli 0157.

Les taux déclarés varient selon la province/le territoire et la maladie. L'infection à campylobactérie est plus fréquente en Colombie-Britannique (67,9 par 100 000) ; la salmonellose, dans les Territoires du Nord-Ouest (41,9 par 100 000) ; la lambliase, au Yukon (70,1 par 100 000) ; l'infection au virus de l'hépatite A et la shigellose, en Saskatchewan (44,1 et 11,3 par 100 000 respectivement) ; l'infection à E. coli 0157, au Manitoba (9,1 par 100 000). Les taux de cas déclarés des six maladies sont faibles à Terre-Neuve. Les taux d'infection au virus de l'hépatite A, de shigellose et d'infection à E. coli 0157 sont les moins élevés dans les provinces Atlantiques et dans les Territoires.

Définitions et méthodes

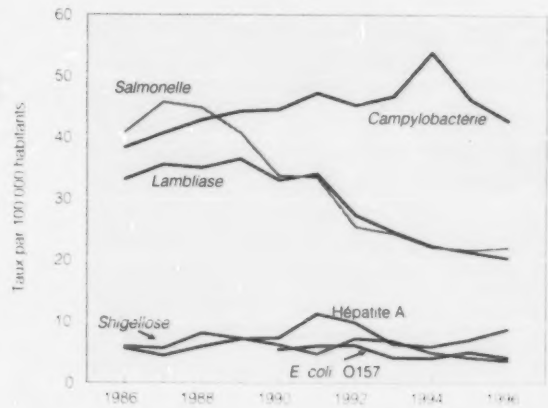
Les données sur toutes les maladies à déclaration obligatoire, y compris ces six toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et maladies entériques, sont signalées aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, dès la confirmation du diagnostic. Elles sont ensuite acheminées au Laboratoire de lutte contre la maladie, où sont classées les statistiques nationales.

Ces données sont sujettes à un certain nombre de biais et d'incohérences liés aux méthodes locales et provinciales/territoriales d'administration et de déclaration des tests. Comme nous l'avons mentionné, une infime partie des cas sont déclarés. Toute comparaison entre les provinces et les territoires au regard des tendances de déclarations et des groupes d'âges doit donc être interprétée avec discernement.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada «Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, octobre 1998, 24-20.

Figure 72 **Incidence des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques, Canada, 1986–1996**



Source: Santé Canada. Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. octobre 1998. 24-20.

(tableau 72). Les taux déclarés de salmonellose sont les plus élevés chez les nourrissons, les enfants de moins de 9 ans et les jeunes adultes dans la vingtaine. Chez les nourrissons de moins d'un an, ce taux de salmonellose est de 128,1 par 100 000, soit le plus déclaré des six maladies décrites. Les enfants de 1 à 4 ans sont plus souvent atteints d'infection à campylobactérie, de shigellose, de lambliase et d'infection à E. coli 0157. Les infections au virus de l'hépatite A sont les plus fréquentes chez les enfants de 5 à 9 ans. On ignore, surtout en ce qui concerne les jeunes enfants, si ces chiffres indiquent une réelle incidence, ou s'ils reflètent la probabilité accrue que les médecins fassent subir des tests de dépistage aux jeunes enfants. L'incidence accrue d'infection au virus de l'hépatite A chez les enfants de 5 à 9 ans correspond aux années scolaires du niveau primaire et peut refléter le risque accru d'infection dans un milieu où l'on prête peu d'attention à l'hygiène personnelle.

Les taux de cas déclarés d'infection à campylobactérie, de lambliase et d'infection au virus de l'hépatite A sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux de cas déclarés des six infections sont semblables chez les hommes et les femmes en ce qui concerne la salmonellose et la shigellose, mais sont systématiquement plus élevés chez les femmes pour ce qui est de l'infection à E. coli 0157.

Les taux déclarés varient selon la province/le territoire et la maladie. L'infection à campylobactérie est plus fréquente en Colombie-Britannique (67,9 par 100 000) ; la salmonellose, dans les Territoires du Nord-Ouest (41,9 par 100 000) ; la lambliase, au Yukon (70,1 par 100 000) ; l'infection au virus de l'hépatite A et la shigellose, en Saskatchewan (44,1 et 11,3 par 100 000 respectivement) ; l'infection à E. coli 0157, au Manitoba (9,1 par 100 000). Les taux de cas déclarés des six maladies sont faibles à Terre-Neuve. Les taux d'infection au virus de l'hépatite A, de shigellose et d'infection à E. coli 0157 sont les moins élevés dans les provinces Atlantiques et dans les Territoires.

Définitions et méthodes

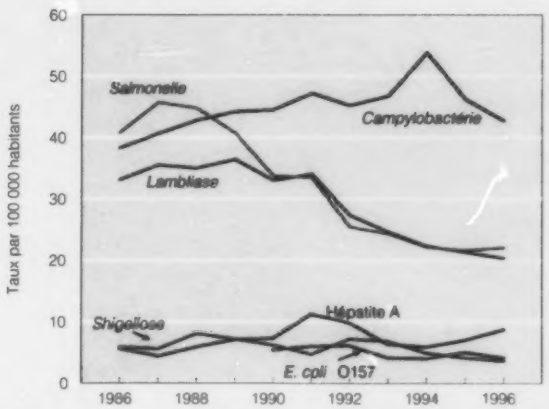
Les données sur toutes les maladies à déclaration obligatoire, y compris ces six toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et maladies entériques, sont signalées aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, dès la confirmation du diagnostic. Elles sont ensuite acheminées au Laboratoire de lutte contre la maladie, où sont classées les statistiques nationales.

Ces données sont sujettes à un certain nombre de biais et d'incohérences liés aux méthodes locales et provinciales/territoriales d'administration et de déclaration des tests. Comme nous l'avons mentionné, une infime partie des cas sont déclarés. Toute comparaison entre les provinces et les territoires au regard des tendances de déclarations et des groupes d'âges doit donc être interprétée avec discernement.

Ouvrage de référence

1. Santé Canada «Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, octobre 1998, 24-20.

Figure 72 **Incidence des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques, Canada, 1986–1996**



Source: Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, octobre 1998, 24-20.

Tableau 72 **Toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et maladies entériques selon l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Cas par 100 000 habitants					
	Campylobactérie	*Salmonelle*	*Lambliase*	Hépatite A	*Shigellose*	*E. coli* O157
Total, tous les âges	**42,7**	**22,0**	**20,3**	**8,7**	**3,6**	**4,1**
Hommes	45,9	21,8	21,7	10,8	3,5	3,9
Femmes	39,3	22,0	18,7	6,5	3,7	4,3
Total, moins d'un an	69,4	128,1	21,6	1,9	6,5	10,8
Hommes	77,6	124,6	16,9	1,1	7,9	12,1
Femmes	60,9	131,2	26,6	2,8	5,0	9,4
Total, 1 à 4 ans	91,4	72,9	71,3	9,7	13,2	18,7
Hommes	101,5	73,5	81,0	9,9	12,8	18,3
Femmes	80,6	72,0	61,1	9,6	13,6	19,1
Total, 5 à 9 ans	39,5	29,5	31,8	20,6	5,5	8,0
Hommes	46,9	31,9	31,3	18,3	4,7	7,9
Femmes	31,7	27,0	32,4	22,9	6,3	8,0
Total, 10 à 14 ans	28,1	15,3	13,8	9,6	2,3	4,2
Hommes	35,3	17,1	15,4	8,5	2,2	5,0
Femmes	20,6	13,4	12,0	10,6	2,3	3,1
Total, 15 à 19 ans	37,1	14,3	11,0	9,3	2,4	3,8
Hommes	43,1	15,1	11,9	9,8	1,9	3,5
Femmes	30,8	13,4	10,0	8,7	2,9	4,2
Total, 20 à 24 ans	64,6	22,9	21,7	10,0	5,2	3,0
Hommes	68,2	20,8	20,4	12,6	4,3	2,7
Femmes	60,9	25,1	23,0	7,3	6,1	3,3
Total, 25 à 29 ans	62,0	20,1	24,0	12,1	4,7	1,9
Hommes	63,8	20,7	25,3	17,3	4,2	1,6
Femmes	60,1	19,5	22,6	6,8	5,3	2,2
Total, 30 à 39 ans	43,7	16,6	22,7	11,9	3,7	1,9
Hommes	45,5	15,9	24,5	18,7	3,4	1,3
Femmes	41,9	17,2	20,8	4,9	3,9	2,4
Total, 40 à 59 ans	33,7	15,0	14,7	5,3	2,4	2,2
Hommes	34,3	14,1	15,9	6,9	2,5	1,8
Femmes	33,0	15,9	13,5	3,8	2,3	2,6
Total, 60 ans et +	27,9	16,7	8,2	2,5	1,1	4,0
Hommes	28,3	15,4	8,0	2,4	1,3	3,7
Femmes	27,5	17,7	8,2	2,5	1,0	4,3
Terre-Neuve	17,7	8,9	7,3	0,2	0,2	0,3
Île-du-Prince-Édouard	31,5	11,0	6,6	0,7	1,5	7,3
Nouvelle-Écosse	22,5	15,6	15,8	1,2	0,6	3,9
Nouveau-Brunswick	33,6	21,0	14,6	1,0	0,5	0,7
Québec	38,1	21,8	12,6	8,0	3,8	4,1
Ontario	47,8	23,7	22,5	5,5	2,8	4,1
Manitoba	17,5	18,9	NR	21,4	8,5	9,1
Saskatchewan	24,4	25,5	39,2	44,1	11,3	3,0
Alberta	32,0	21,2	19,5	7,1	2,1	5,1
Colombie-Britannique	67,9	21,7	33,7	12,6	5,2	3,6
Yukon	28,7	25,5	70,1	0,0	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	29,9	41,9	32,9	3,0	0,0	0,0

NR = non rapporté.

Source: Santé Canada, Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, octobre 1998, 24-20.

73

Cancer

Introduction

Le cancer sous ses nombreuses formes était la deuxième cause de mortalité en 1996 (sujet 82) et, la même année, représentait plus de 310 000 années potentielles de vie perdues (sujet 83). En tant que cause d'hospitalisation, le cancer se classe au sixième rang quant aux jours-lits en 1995-1996, ce qui représente 774 hospitalisations par 100 000 habitants (sujet 77).

Le présent chapitre porte sur l'incidence de nouveaux cas de cancer et de décès attribuables au cancer. On y présente des données sur les cancers en général (sauf le cancer non mélanique de la peau) et sur des formes de cancer qui présentent un intérêt particulier comme le cancer du sein, de la prostate et du poumon.

Incidence estimée du cancer, 1998

En 1998, il y aura quelque 129 200 nouveaux cas de cancer et 62 700 décès attribuables au cancer au Canada[1]. Le site le plus courant de nouveaux cancers chez les hommes sera la prostate (16 100 cas estimés, comparativement à 12 200 nouveaux cas de cancers du poumon). Chez les hommes, les décès attribuables au cancer du poumon (10 600 cas estimés) dépasseront largement les décès dus au cancer de la prostate (4 300). Parmi les femmes, le cancer récemment diagnostiqué le plus courant sera le cancer du sein (19 300 cas estimés), suivi du cancer du poumon (8 200) puis du cancer colorectal (7 600). La cause principale des décès par cancer chez les femmes sera le cancer du poumon (6 500 décès en 1998, comparativement à 5 300 pour le cancer du sein)[1].

Différences entre les groupes

Plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer des deux sexes ne concernent que trois sites: la prostate, les poumons ainsi que le côlon et le rectum chez les hommes, les seins, les poumons de même que le côlon et le rectum chez les femmes. À lui seul, le cancer des poumons représente 32 p. 100 de tous les décès par cancer chez les hommes, et 22 p. 100 de tous les décès par cancer chez les femmes[1].

L'incidence de tous les types de cancer chez les hommes n'a cessé d'augmenter depuis le début des années 1970 (figure 73a)[1], tandis que celle des types de cancer chez les femmes est demeurée relativement stable depuis le début des années 1980. Les taux de mortalité chez les hommes ont légèrement diminué depuis la fin des années 1980, alors que ceux des femmes se sont plus ou moins stabilisés au cours de la même période.

Les taux de cancer des poumons et de mortalité chez les hommes ont un peu diminué depuis le milieu des années 1980 (figure 73b)[1]. L'incidence du cancer de la prostate s'est considérablement accrue depuis le début des années 1970, bien que le taux de mortalité ait été plus ou moins stable durant la même période. Les sommets de 1990 à 1993 (pour le cancer de la prostate) s'expliquent par une meilleure utilisation du dépistage précoce et des techniques de dépistage, et l'on s'attend à ce que la faible hausse enregistrée avant 1990 soit un présage de ce que réserve l'avenir[1]. L'incidence du cancer du sein de même que le taux de mortalité par cancer des poumons chez les femmes ont augmenté depuis le début des années 1970, alors que l'incidence et le taux de mortalité attribuable au cancer du sein ont été plutôt stables durant la même période. On observe une faible baisse depuis 1986 (figure 73c)[1].

En général, l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer est plus importante chez les hommes que chez les femmes (figure 73a). Les taux de cancer par 100 000 habitants sont beaucoup plus élevés chez les hommes de 60 ans et plus que chez les

femmes du même âge, et les décès par 100 000 habitants attribuables à cette maladie sont nettement plus fréquents chez les hommes de 60 ans et plus que chez les femmes du même âge (tableau 73)[1,2]. Bien qu'on dénombre plus de femmes que d'hommes de 60 ans et plus, le nombre total de cas et de décès sera plus élevé chez les hommes que chez les femmes en 1998. La prépondérance du cancer dans les groupes âgés et les taux de nouveaux cas de mortalité beaucoup plus élevés chez les hommes appartenant à ces mêmes groupes expliquent pourquoi, dans l'ensemble, le cancer a de plus grandes répercussions chez les hommes que chez les femmes.

Les différences provinciales relatives aux nouveaux cas de cancer et aux décès par cancer sont plutôt marquées. La Nouvelle-Écosse affiche les plus hauts taux (normalisés en fonction de l'âge) d'incidence et de mortalité relatifs au cancer chez les hommes (tableau 73), surtout en raison du cancer du poumon (incidence de 30 p. 100 et taux de mortalité 35 p. 100 supérieurs à la moyenne canadienne)[1]. Chez les femmes, la plus forte incidence de nouveaux cas a elle aussi été enregistrée en Nouvelle-Écosse, et la plus forte proportion des décès, dans cette province ainsi qu'à l'Île-du-Prince-Édouard. La plus faible incidence de nouveaux cancers a été enregistrée à Terre-Neuve tant chez les hommes que chez les femmes, tandis que les hommes de la Colombie-Britannique et les femmes de la Saskatchewan affichent les taux de mortalité les plus faibles.

Définitions et méthodes

Les données relatives aux taux de mortalité due au cancer de 1996 à 1998 et aux taux d'incidence du cancer de 1994 à 1998 sont des estimations, et il faut par conséquent les interpréter avec discernement. Les données réelles et estimées des taux d'incidence et de mortalité (tableau 73, taux en fonction de l'âge et du sexe) ont été résumées par Statistique Canada au moyen du Système national de déclaration des cas de cancer et de dossiers sur les décès.

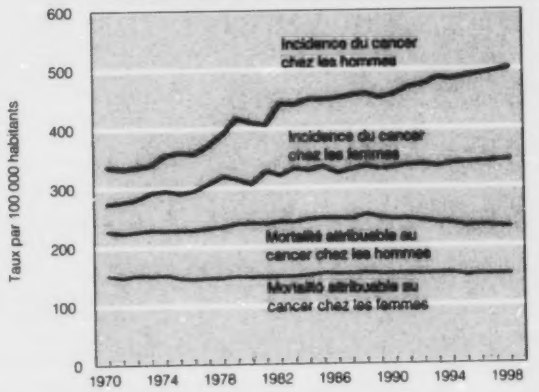
On peut expliquer en partie la progression rapide des taux d'incidence au cours des années 1970 (figure 73a) par les méthodes améliorées d'enregistrement des nouveaux cas utilisées par plusieurs registres provinciaux. Les niveaux d'enregistrement se sont toutefois stabilisés depuis 1981, principalement en raison de la plus grande cohérence des méthodes de déclaration des cas de cancer partout au Canada[1].

Avant 1995, les taux étaient rajustés en fonction de la population-type mondiale ; ils sont à présent normalisés en fonction de la population canadienne de 1991. Par conséquent, il ne convient pas de comparer les taux normalisés en fonction de l'âge présentés dans les *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998* avec celles présentées avant 1995, ou avec d'autres publications où l'on utilise une population-type différente.

Ouvrages de référence

1. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

Figure 73a. **Incidence du cancer* et taux de mortalité, normalisés en fonction de l'âge, Canada, 1970–1998**



* Exception faite des mélanomes bénins ; les taux de mortalité de 1996 à 1998 et d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs.

Source: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, l'Institut, 1998.

femmes du même âge, et les décès par 100 000 habitants attribuables à cette maladie sont nettement plus fréquents chez les hommes de 60 ans et plus que chez les femmes du même âge (tableau 73)[1,2]. Bien qu'on dénombre plus de femmes que d'hommes de 60 ans et plus, le nombre total de cas et de décès sera plus élevé chez les hommes que chez les femmes en 1998. La prépondérance du cancer dans les groupes âgés et les taux de nouveaux cas de mortalité beaucoup plus élevés chez les hommes appartenant à ces mêmes groupes expliquent pourquoi, dans l'ensemble, le cancer a de plus grandes répercussions chez les hommes que chez les femmes.

Les différences provinciales relatives aux nouveaux cas de cancer et aux décès par cancer sont plutôt marquées. La Nouvelle-Écosse affiche les plus hauts taux (normalisés en fonction de l'âge) d'incidence et de mortalité relatifs au cancer chez les hommes (tableau 73), surtout en raison du cancer du poumon (incidence de 30 p. 100 et taux de mortalité 35 p. 100 supérieurs à la moyenne canadienne)[1]. Chez les femmes, la plus forte incidence de nouveaux cas a elle aussi été enregistrée en Nouvelle-Écosse, et la plus forte proportion des décès, dans cette province ainsi qu'à l'Île-du-Prince-Édouard. La plus faible incidence de nouveaux cancers a été enregistrée à Terre-Neuve tant chez les hommes que chez les femmes, tandis que les hommes de la Colombie-Britannique et les femmes de la Saskatchewan affichent les taux de mortalité les plus faibles.

Définitions et méthodes

Les données relatives aux taux de mortalité due au cancer de 1996 à 1998 et aux taux d'incidence du cancer de 1994 à 1998 sont des estimations, et il faut par conséquent les interpréter avec discernement. Les données réelles et estimées des taux d'incidence et de mortalité (tableau 73, taux en fonction de l'âge et du sexe) ont été résumées par Statistique Canada au moyen du Système national de déclaration des cas de cancer et de dossiers sur les décès.

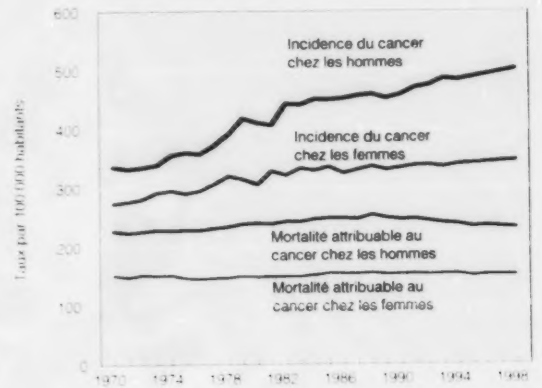
On peut expliquer en partie la progression rapide des taux d'incidence au cours des années 1970 (figure 73a) par les méthodes améliorées d'enregistrement des nouveaux cas utilisées par plusieurs registres provinciaux. Les niveaux d'enregistrement se sont toutefois stabilisés depuis 1981, principalement en raison de la plus grande cohérence des méthodes de déclaration des cas de cancer partout au Canada[1].

Avant 1995, les taux étaient rajustés en fonction de la population-type mondiale ; ils sont à présent normalisés en fonction de la population canadienne de 1991. Par conséquent, il ne convient pas de comparer les taux normalisés en fonction de l'âge présentés dans les *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998* avec celles présentées avant 1995, ou avec d'autres publications où l'on utilise une population-type différente.

Ouvrages de référence

1. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

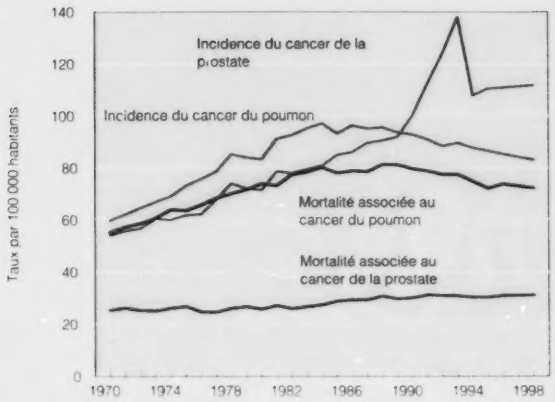
Figure 73a **Incidence du cancer* et taux de mortalité, normalisés en fonction de l'âge, Canada, 1970–1998**



* Exception faite des mélanomes bénins ; les taux de mortalité de 1996 à 1998 et d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs.

Source : Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*. Toronto, l'Institut, 1998.

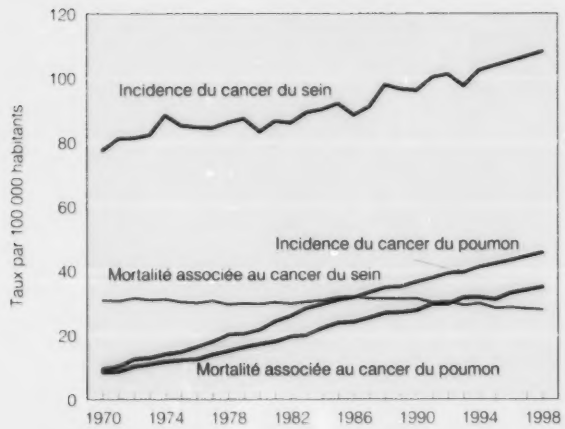
Figure 73b **Incidence du cancer et taux de mortalité associés, selon des sites donnés, (normalisés en fonction de l'âge), hommes, Canada, 1970–1998***



* Les taux d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs, comme les taux de mortalité de 1996 à 1998.

Source: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.

Figure 73c **Incidence de cancer et taux de mortalité associés, selon des sites donnés, femmes, (normalisés en fonction de l'âge), Canada, 1970–1998***



* Les taux d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs, comme les taux de mortalité de 1996 à 1998.

Source: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.

Tableau 73. **Taux estimés de nouveaux cas de cancer et de mortalité attribuable au cancer par 100 000 habitants[a], selon l'âge, le sexe et la province (normalisé en fonction de l'âge)[b], Canada, 1998**

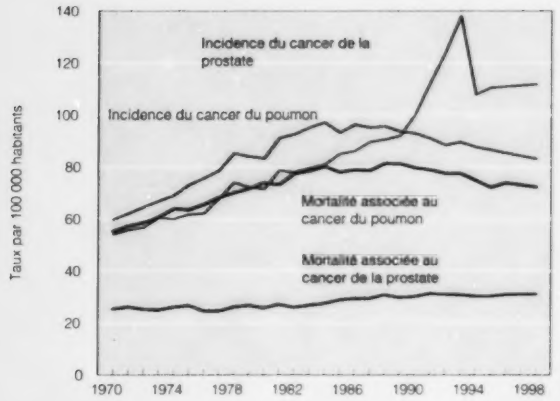
	Nouveaux cas, 1998		Décès, 1998	
	Hommes	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**
Total, tous les âges	**501**	**346**	**232**	**151**
0 à 19 ans	18	17	3	2
20 à 29 ans	37	42	6	6
30 à 39 ans	69	114	14	21
40 à 49 ans	163	309	59	78
50 à 59 ans	597	654	235	218
60 à 69 ans	1 894	1 155	740	493
70 à 79 ans	3 282	1 597	1 485	868
80 ans ou +	3 719	1 818	2 592	1 378
Terre-Neuve	390	286	273	149
Nouvelle-Écosse	563	384	281	168
Î.P.-É.	478	354	264	167
Nouveau-Brunswick	532	335	255	158
Québec	511	334	260	157
Ontario	493	350	223	151
Manitoba	549	360	228	154
Saskatchewan	451	329	217	139
Alberta	453	338	211	143
Colombie-Britannique	447	332	201	143

[a] À l'exclusion du cancer non mélanique de la peau.

[b] Les données provinciales sont normalisées en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.

Sources: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, l'Institut, 1998 ; totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.

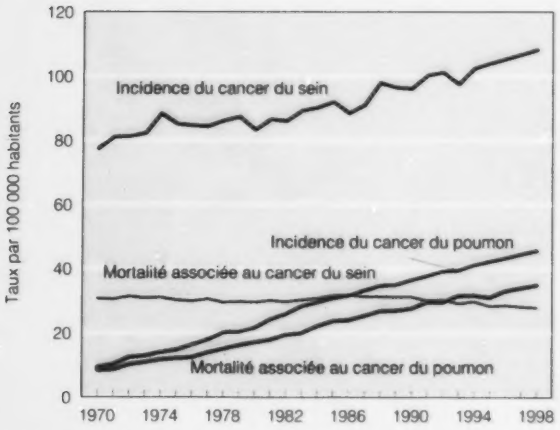
Figure 73b **Incidence du cancer et taux de mortalité associés, selon des sites donnés, (normalisés en fonction de l'âge), hommes, Canada, 1970–1998***



* Les taux d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs, comme les taux de mortalité de 1996 à 1998.

Source: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.

Figure 73c **Incidence de cancer et taux de mortalité associés, selon des sites donnés, femmes, (normalisés en fonction de l'âge), Canada, 1970–1998***



* Les taux d'incidence de 1994 à 1998 sont estimatifs, comme les taux de mortalité de 1996 à 1998.

Source: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.

Tableau 73 **Taux estimés de nouveaux cas de cancer et de mortalité attribuable au cancer par 100 000 habitants[a], selon l'âge, le sexe et la province (normalisé en fonction de l'âge)[b], Canada, 1998**

	Nouveaux cas, 1998		Décès, 1998	
	Hommes	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**
Total, tous les âges	**501**	**346**	**232**	**151**
0 à 19 ans	18	17	3	2
20 à 29 ans	37	42	6	6
30 à 39 ans	69	114	14	21
40 à 49 ans	163	309	59	78
50 à 59 ans	597	654	235	218
60 à 69 ans	1 894	1 155	740	493
70 à 79 ans	3 282	1 597	1 485	868
80 ans ou +	3 719	1 818	2 592	1 378
Terre-Neuve	390	286	273	149
Nouvelle-Écosse	563	384	281	168
Î.P.-É.	478	354	264	167
Nouveau-Brunswick	532	335	255	158
Québec	511	334	260	157
Ontario	493	350	223	151
Manitoba	549	360	228	154
Saskatchewan	451	329	217	139
Alberta	453	338	211	143
Colombie-Britannique	447	332	201	143

[a] À l'exclusion du cancer non mélanique de la peau.

[b] Les données provinciales sont normalisées en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.

Sources: Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, l'Institut, 1998 ; totalisations spéciales de la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.

74

Maladie cardiaque et accident cérébrovasculaire (ACV)

Introduction

La maladie cardiovasculaire (MCV) est la principale cause de décès, d'incapacité et de maladie au Canada. Elle a des répercussions importantes sur le système de soins de santé et représente un plus grand nombre de séjours hospitaliers que tout autre groupe majeur de maladies (sujet 77). Selon les estimations, les coûts d'hospitalisation, les soins médicaux, les médicaments et la recherche liés à la MCV ont été estimés, en 1995, à 7,3 milliards de dollars, soit 17 p. 100 des coûts directs totaux de la maladie[1] (voir aussi le sujet 29). Les deux principaux éléments de la MCV sont la cardiopathie ischémique (CI), y compris l'infarctus du myocarde aigu (IMA), ou crise cardiaque, et l'accident cérébrovasculaire (ACV).

Le fardeau de la maladie cardiovasculaire, 1996

En 1996, la MCV a causé la mort de 79 447 Canadiennes et Canadiens, soit 37 p. 100 de tous les décès au Canada (tableau 74)[2], comparativement à 79 117 décès en 1995[2]. Bien que le nombre absolu de décès attribuables à la MCV ait augmenté légèrement, la croissance démographique et le nombre accru de personnes âgées expliquent le fait que le taux de MCV soit demeuré le même. En 1996, la CI représentait 20,7 p. 100, l'ACV, 7,3 p. 100 de tous les décès au Canada (figure 74a)[2]. En outre, la MCV représentait 25 604 années de vie perdues (sujet 83).

Même en rajustant le taux de mortalité en fonction de l'âge, la MCV présente le taux de mortalité le plus élevé (226 décès pour 100 000), suivie du cancer (185 décès pour 100 000) (sujet 82). Cependant, le taux de mortalité de la MCV a diminué au pays depuis les années 1960[1], notamment l'IC, dont le taux a baissé de 2 p. 100 par année depuis le début des années 1970, et l'ACV, dont le taux a aussi diminué de 2 p. 100 par année des années 1950 à 1998 ; il est demeuré stable depuis (figure 74b)[3]. La baisse de la MCV est en partie attribuable à la diminution du tabagisme (sujet 40) et de la consommation de matières grasses (sujet 47) ; les gens font plus d'exercice (sujet 46), on peut mieux reconnaître et gérer l'hypertension artérielle (sujet 68), et l'on dispose de meilleurs procédés médicaux et chirurgicaux[1].

L'ENSP de 1996-1997 demandait aux personnes de 12 ans et plus si elles avaient eu des problèmes de santé chroniques durant plus de six mois, qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé[4]. Dix pour cent ont déclaré l'hypertension artérielle, 4 p. 100, une maladie du coeur déclarée et moins de 1 p. 100, les répercussions d'un ACV à titre de maladie chronique (sujet 68). Il se peut toutefois que la prévalence de l'hypertension artérielle soit sous-déclarée, quand elle est soignée.

Les données sur l'incidence de la MCV sont très difficiles à obtenir, contrairement à celles sur le cancer (sujet 73). Les données longitudinales de l'ENSP (cycles de 1994-1995 et de 1996-1997) permettent d'estimer l'incidence *auto-déclarée* de certaines maladies. D'après une étude qui s'appuie sur des données auto-déclarées, les taux d'incidence de deux ans de la maladie cardiaque s'établissaient à 2,07 et 1,93 cas par 100 000 habitants, pour les hommes et les femmes respectivement[5]. Selon une autre étude qui s'appuyait sur des données nationales sur l'hospitalisation, 44 800 hommes et 28 653 femmes ont été hospitalisés pour infarctus du myocarde aigu au cours de l'exercice 1993-1994[6].

Différences entre les groupes

En 1996, la maladie cardiovasculaire a représenté 36 p. 100 des décès chez les hommes et 39 p. 100, chez les

femmes. Plus d'hommes que de femmes meurent de cardiopathie ischémique (22 p. 100 contre 19 p. 100), mais plus de femmes que d'hommes meurent par suite d'un ACV (9 p. 100 contre 6 p. 100) (tableau 74).

Les provinces atlantiques avaient présenté des taux de mortalité systématiquement plus élevés que les provinces de l'Ouest en ce qui a trait à la maladie cardiovasculaire[1]. En 1996, le taux de mortalité le plus élevé (normalisé en fonction de l'âge) par suite d'une MCV chez les hommes se trouve à l'Île-du-Prince-Édouard (365 par 100 000), et le taux le plus faible, en Colombie-Britannique (265 par 100 000). Pour ce qui est des femmes, Terre-Neuve a le taux le plus élevé (225 par 100 000), et la Colombie-Britannique, le plus faible (164 par 100 000) (sujet 82). Les taux de prévalence provinciaux en ce qui concerne le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'obésité correspondent à ceux de la maladie cardiovasculaire[1].

Les résultats de l'enquête obtenus à l'aide des fichiers longitudinaux de l'ENSP (cycles de 1994-1995 et de 1996-1997) révèlent que les taux d'incidence estimés de cardiopathie ainsi que de toutes les autres maladies chroniques étudiées sont plus élevés chez les personnes des deux groupes au revenu inférieur qu'aux trois groupes au revenu supérieur[4].

Bien que la MCV soit la principale cause de décès partout dans le monde, les taux varient considérablement (figure 74c)[1,7]. Dans les pays choisis aux fins de comparaison, les taux chez les hommes vont d'un plafond de 1 130,7 décès par 100 000 habitants dans la Fédération de Russie, à un plancher de 232,7 décès par 100 000 habitants au Japon. On constate le même phénomène chez les femmes. Parmi les pays choisis, le Canada se classe en général au cinquième plus bas taux de décès dus au MCV, les hommes étant au quatrième rang et les femmes, au neuvième rang.

Définitions et méthodes

La maladie cardiovasculaire désigne toutes les affections de l'appareil circulatoire. La cardiopathie ischémique et l'accident cérébrovasculaire sont les deux grands pôles de la maladie. La cardiopathie ischémique, ou maladie coronarienne, inclut toute affection où les muscles cardiaques sont endommagés en raison d'apport sanguin insuffisant, généralement à cause de l'athérosclérose. Elle inclut l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde aigu (crise cardiaque), l'ischémie coronarienne chronique et la mort subite. L'accident cérébrovasculaire désigne toute apparition soudaine d'un déficit neurologique focal causé par l'affection des vaisseaux sanguins, habituellement attribuable à l'athérosclérose et à l'hypertension artérielle.

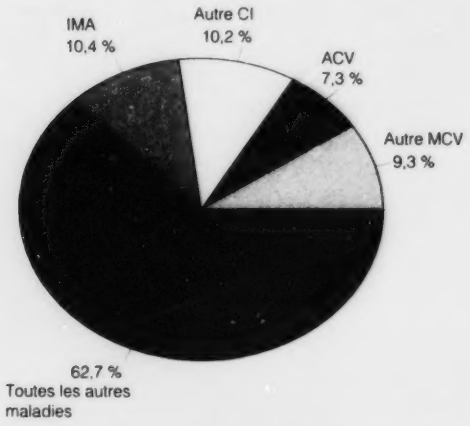
Aucun registre national ou provincial/territorial n'assure le suivi de l'incidence ou de la prévalence de la maladie cardiovasculaire au Canada. Par conséquent, il faut faire des estimations à l'aide des sources disponibles comme les fichiers longitudinaux de l'ENSP et les fichiers de la morbidité hospitalière. En examinant les données de l'ENSP, il importe de se rappeler que ces données sont basées sur l'auto-déclaration. Les données sur la morbidité hospitalière servant au calcul de l'incidence de l'infarctus du myocarde aigu n'incluent pas les personnes qui sont décédées avant d'arriver à l'hôpital.

Les valeurs présentées à la figure 74c sont normalisées en fonction de la norme européenne de composition par âge. Ce rajustement est nécessaire pour effectuer des comparaisons internationales. Les comparaisons s'appliquent aussi à diverses années, selon le moment de la collecte des données.

Ouvrages de référence

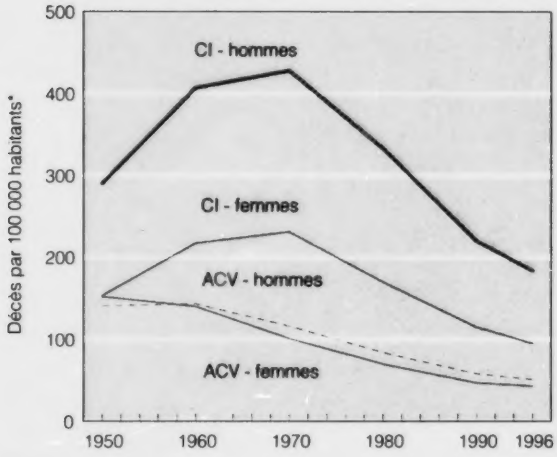
1. Fondation des maladies du coeur du Canada, *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Fondation des maladies du coeur du Canada 1997.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, statistiques de l'état civil, 1996 (données non publiées), totalisations spéciales.
3. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.
4. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.
5. Johansen, H., C. Nair et G. Taylor, « Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque », *Rapports sur la santé*, 1998, vol. 10, n° 2, p. 21 à 28, n° de catalogue 82-003-XPB.
6. Johansen, H., M. Nargundkar, C. Nair et coll., « Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute », *Rapports sur la santé*, 1998, vol. 9, n° 4, p. 19-29, n° de catalogue 82-003-XPB.
7. Organisation mondiale de la santé, *Rapport annuel de statistiques sanitaires mondiales*, 1995, Genève, 1995.

Figure 74a. **Maladie cardiovasculaire, comme cause de mortalité, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, Tableaux normalisés non publiés de statistiques vitales pour 1996, totalisations spéciales.

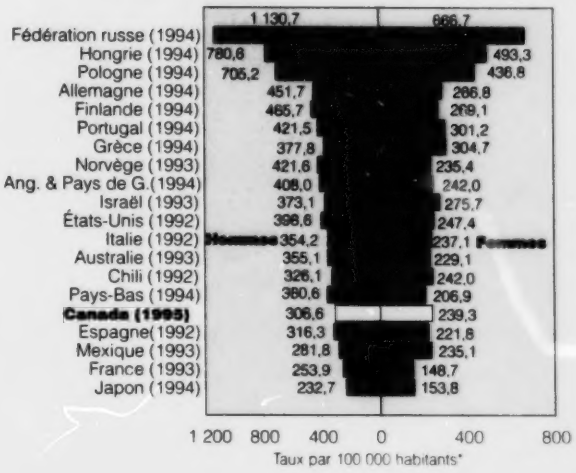
Figure 74b. **Décès attribuables à la cardiopathie ischémique et à l'accident cérébrovasculaire, Canada, 1950–1996**



* Taux normalisé en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.

Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

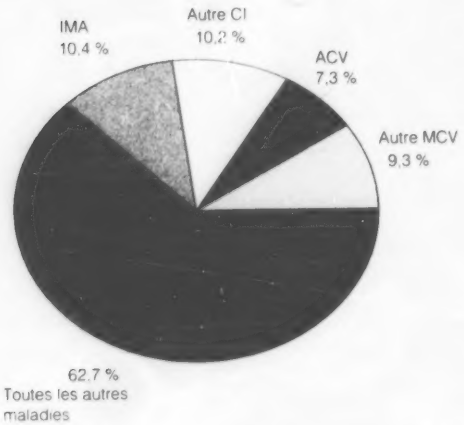
Figure 74c. **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, maladie cardiovasculaire, pays choisis, milieu des années 1990**



* Taux normalisé en fonction de la population européenne.

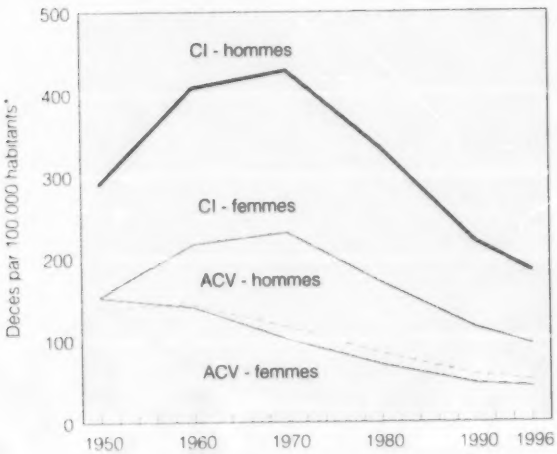
Source: Fondation des maladies du coeur du Canada, *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada, 1997* ; OMS, Rapport annuel de statistiques sanitaires mondiales, Genève, 1995.

Figure 74a **Maladie cardiovasculaire, comme cause de mortalité, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, Tableaux normalisés non publiés de statistiques vitales pour 1996, totalisations spéciales.

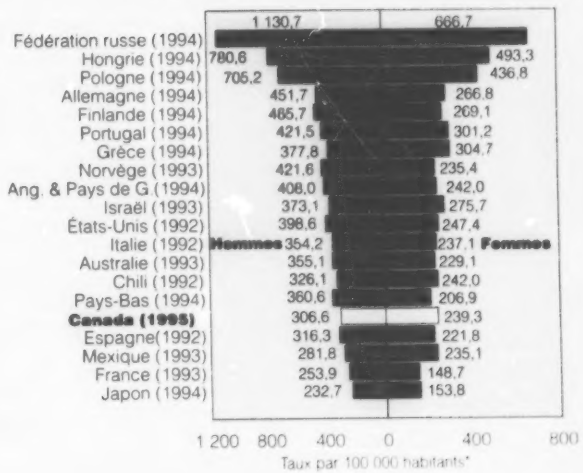
Figure 74b **Décès attribuables à la cardiopathie ischémique et à l'accident cérébrovasculaire, Canada, 1950–1996**



* Taux normalisé en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.

Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Figure 74c **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, maladie cardiovasculaire, pays choisis, milieu des années 1990**



* Taux normalisé en fonction de la population européenne.

Source: Fondation des maladies du coeur du Canada, *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada, 1997* ; OMS, Rapport annuel de statistiques sanitaires mondiales, Genève, 1995.

Tableau 74 Décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, Canada, 1996

	Total de tous les décès	Tous les MCV[a]	CI[b]	IMA[c]	ACV[d]
	(nombre)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	**212 855**	**37,3**	**20,7**	**10,4**	**7,3**
Hommes	111 383	35,9	21,8	11,4	5,8
Femmes	101 472	38,9	19,4	9,4	9,0
Total, moins de 35 ans	9 375	4,8	0,9	0,5	0,9
Hommes	6 291	4,0	1,0	0,6	0,6
Femmes	3 084	6,4	0,6	0,5	1,5
Total, 35 à 44 ans	7 226	13,8	7,6	4,6	2,4
Hommes	4 668	14,8	9,4	5,5	1,7
Femmes	2 558	12,0	4,3	3,0	3,6
Total, 45 à 54 ans	11 916	22,9	15,0	9,0	3,1
Hommes	7 350	28,1	20,3	12,2	2,6
Femmes	4 566	15,0	6,6	4,0	3,9
Total, 55 à 64 ans	21 697	29,2	19,5	11,5	3,7
Hommes	13 569	33,5	23,7	13,9	3,5
Femmes	8 128	22,0	12,5	7,5	3,9
Total, 65 à 74 ans	46 433	35,2	21,4	12,0	5,7
Hommes	28 164	37,3	24,2	13,3	5,3
Femmes	18 269	32,0	17,1	10,0	6,4
Total, 75 à 84 ans	63 844	43,0	22,3	12,4	9,0
Hommes	32 754	42,2	24,6	12,6	7,8
Femmes	31 090	44,0	19,9	12,1	10,2
Total, 85 ans et +	52 364	48,0	23,2	9,2	11,1
Hommes	18 587	43,8	22,6	9,4	8,9
Femmes	33 777	50,0	23,6	9,0	12,3
Terre-Neuve	3 928	42,5	23,4	11,0	8,6
Île-du-Prince-Édouard	1 268	41,2	22,4	10,4	9,0
Nouvelle-Écosse	7 751	36,7	19,4	9,3	6,5
Nouveau-Brunswick	5 896	37,9	18,9	10,0	6,8
Québec	52 336	35,2	20,4	11,8	6,3
Ontario	79 099	38,1	21,9	10,1	7,6
Manitoba	9 497	40,0	21,8	11,0	8,3
Saskatchewan	8 765	39,5	20,2	10,6	7,8
Alberta	16 391	38,2	19,9	8,6	7,6
Colombie-Britannique	27 539	36,4	18,5	10,0	8,0

[a] Toutes les MCV = toutes les maladies cardiovasculaires (codes 390-459 de la CIM, 9e révision).

[b] CI = cardiopathie ischémique (CIM-9, codes 410-414).

[c] IMA = infarctus du myocarde aigu (crise cardiaque) ; (CIM-9, code 410). L'IMA est une sous-catégorie de la CI.

[d] ACV = accident cérébrovasculaire (CIM-9, codes 430-438).

Source: Statistique Canada, Tableaux normalisés non publiés des statistiques vitales pour 1996, totalisations spéciales.

75

Dépression

Introduction

La dépression est un état invalidant responsable d'une forte proportion des hospitalisations psychiatriques (sujet 76). On pourrait même dire qu'elle est à l'origine de la majorité des suicides (sujet 81)[1]. Elle se caractérise par une tristesse parfois accompagnée de sentiments d'impuissance, d'irritabilité et de désespoir. La dépression est souvent associée à d'autres problèmes comme l'alcoolisme (sujet 43) ou la toxicomanie (sujet 45), ou à des troubles alimentaires ou anxieux.

Le présent chapitre traite de la prévalence de la dépression parmi les ménages du Canada ; celle-ci est établie à partir d'entrevues non cliniques permettant de déterminer la probabilité qu'une personne soit classée comme dépressive à la suite d'un examen clinique plus approfondi. Elle n'inclut pas la population en établissement, dont on parle au chapitre suivant.

Prévalence de la dépression, 1996-1997

Dans l'ensemble, 4 p. 100 des Canadiennes et des Canadiens âgés de 12 ou plus – environ un million de personnes – ont signalé un épisode dépressif majeur et étaient probablement cliniquement dépressives en 1996-1997 (tableau 75a)[2]. Il s'agit d'une baisse par rapport aux 6 p. 100 de l'enquête de 1994-1995[3]. En outre, 2 p. 100 avaient une certaine tendance à la dépression et pourraient donc entrer dans cette catégorie. La vaste majorité (94 p. 100) des Canadiens ne présentent aucun signe de dépression[2].

Plus d'un million de Canadiens déclaraient avoir été démoralisés, déprimés ou sans intérêt pour quoi que ce soit pendant au moins deux semaines, au cours de la dernière année (tableau 75b)[2]. Leur dépression durait 7,5 semaines en moyenne. Près des deux cinquièmes (42 p. 100), ont été déprimés de deux à quatre semaines seulement tandis que plus d'un dixième (13 p. 100) ont été démoralisés plus de la moitié de l'année. Chez les autres (45 p. 100), la période dépressive a duré de 5 à 26 semaines.

Il n'y a pas de données internationales relatives à cet indicateur, ce qui rend les comparaisons impossibles.

Différences entre les groupes

Bien que les hommes soient plus susceptibles de se suicider (sujet 81), les femmes ont deux fois plus tendance à être dépressives (tableau 75a) et leur dépression tend à durer plus longtemps (tableau 75b).

Les jeunes femmes de 15 à 19 ans sont plus susceptibles que tout autre groupe, âge et sexe confondus, de présenter des symptômes de dépression (8 à 9 p. 100). Chez les personnes des deux sexes, la dépression est plus fréquente dans les groupes jeunes (surtout chez les 18 à 19 ans), et la probabilité de dépression diminue avec l'âge, à partir de 55 ans. La situation est inverse toutefois en ce qui concerne la durée de la dépression. Le nombre moyen de semaines s'accroît à chaque groupe d'âge, et passe de 5 semaines chez les jeunes de 12 à 19 ans, à 10,3 semaines chez les personnes de 75 ans et plus. Près des deux tiers des jeunes se sentant démoralisés ou déprimés ont vécu cette situation pendant quelques semaines seulement (2 à 4 semaines), comparativement à moins de la moitié des personnes de 75 ans et plus (tableau 75b).

On observe un lien inverse entre la dépression et le revenu. Environ 9 p. 100 des personnes au revenu inférieur sont déprimées (et 3 p. 100, à risque de l'être), contre seulement 3 p. 100 de celles au revenu supérieur (et 1 p. 100, à risque de l'être) (tableau 75a). En outre, les personnes tristes appartenant au groupe au revenu moyen-inférieur sont nettement plus susceptibles (23 p. 100) d'être démoralisées plus de la moitié de l'année, et celles du groupe au revenu

supérieur, les moins susceptibles (6 p. 100) de se sentir ainsi aussi longtemps (tableau 75b).

Même si certaines données ont été éliminées en raison de l'échantillonnage restreint, on n'observe aucune différence marquée entre les provinces (tableau 75a). La seule exception mineure est que les personnes tristes, démoralisées ou dépressives du Québec ont tendance à demeurer dans cet état une semaine de plus que les Canadiens en général (tableau 75b).

Les couples canadiens ayant des enfants sont moins enclins à être probablement déprimés (3 p. 100), et les parents seuls, les plus susceptibles (9 p. 100) (figure 75)[2]. Les personnes seules déprimées sont les moins susceptibles (12 p. 100) d'être démoralisées plus de la moitié du temps, alors que les parents seuls déprimés sont les plus susceptibles (18 p. 100) d'être dans cet état aussi longtemps (données non présentées). Cela peut être attribuable au soutien social accru dont bénéficient les personnes seules comparativement aux parents seuls (sujet 30).

Ces résultats correspondent aux analyses multidimensionnelles des données de l'enquête de 1994-1995, qui montrent que le fait d'être jeune, célibataire et femme sont des risques indépendants de dépression[4].

Définitions et méthodes

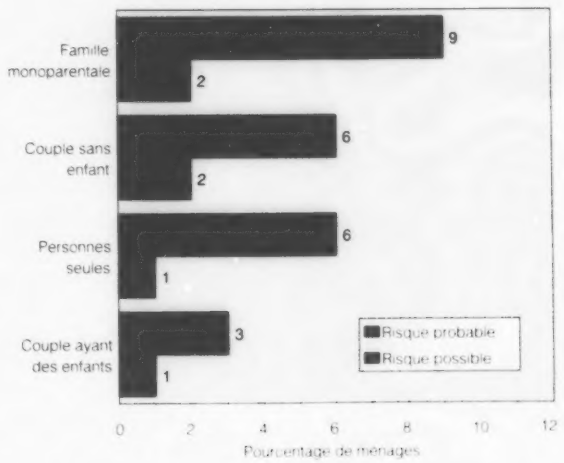
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillon complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[5].

Les scores relatifs à la dépression sont basés sur les réponses directes à 27 questions. Une classification algorithmique a permis d'établir la probabilité qu'une personne présente un épisode dépressif majeur. Les personnes classées dans la catégorie des gens dépressifs ont au moins 90 p. 100 de risques de vivre un tel épisode[6]; la probabilité chez les personnes classées dans la catégorie des cas possibles est supérieure à zéro, mais inférieure à 90 p. 100. Il faut se rappeler que cette composante de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* ne fournit des données que sur les ménages ; toute personne souffrant de dépression (ou d'une autre affection) qui vit dans un établissement ne serait pas incluse dans ces résultats[5] (voir le sujet 76).

Ouvrages de référence

1. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1994, n° de catalogue H39-107/1995F.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Beaudet, M.P., « La dépression », *Rapports sur la santé 1996*, n° 7, p. 11-24, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
5. Statistique Canada, *«Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997»*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.
6. Kessler R.C., K.A. McGonagle, M. Swartz, D.G. Blazer et C.B. Nelson « Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence », *Journal of Affective Disorders*, 1993, n° 29, p. 85-96.

Figure 75 **Prévalence de la dépression, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

supérieur, les moins susceptibles (6 p. 100) de se sentir ainsi aussi longtemps (tableau 75b).

Même si certaines données ont été éliminées en raison de l'échantillonnage restreint, on n'observe aucune différence marquée entre les provinces (tableau 75a). La seule exception mineure est que les personnes tristes, démoralisées ou dépressives du Québec ont tendance à demeurer dans cet état une semaine de plus que les Canadiens en général (tableau 75b).

Les couples canadiens ayant des enfants sont moins enclins à être probablement déprimés (3 p. 100), et les parents seuls, les plus susceptibles (9 p. 100) (figure 75)[2]. Les personnes seules déprimées sont les moins susceptibles (12 p. 100) d'être démoralisées plus de la moitié du temps, alors que les parents seuls déprimés sont les plus susceptibles (18 p. 100) d'être dans cet état aussi longtemps (données non présentées). Cela peut être attribuable au soutien social accru dont bénéficient les personnes seules comparativement aux parents seuls (sujet 30).

Ces résultats correspondent aux analyses multidimensionnelles des données de l'enquête de 1994-1995, qui montrent que le fait d'être jeune, célibataire et femme sont des risques indépendants de dépression[4].

Définitions et méthodes

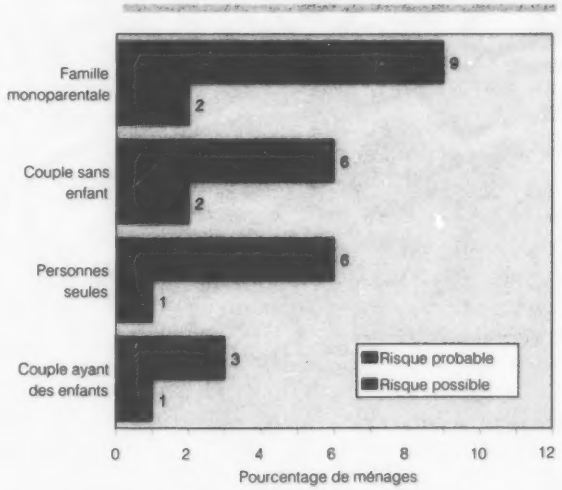
Les données proviennent des entrevues individuelles du deuxième cycle de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, menée par Statistique Canada de juin 1996 à août 1997. L'enquête a été menée auprès de 20 000 foyers, qui avaient aussi participé au premier cycle deux ans auparavant. En tout, 16 000 répondants ont fourni des renseignements complets. On a aussi interrogé 66 000 personnes (qui ne faisaient pas partie du groupe longitudinal), afin d'obtenir des données transversales détaillées sur des questions approfondies de santé. Les résultats sur ce sujet sont basés sur l'échantillon complet des 82 000 répondants âgés de 12 ans et plus[5].

Les scores relatifs à la dépression sont basés sur les réponses directes à 27 questions. Une classification algorithmique a permis d'établir la probabilité qu'une personne présente un épisode dépressif majeur. Les personnes classées dans la catégorie des gens dépressifs ont au moins 90 p. 100 de risques de vivre un tel épisode[6] ; la probabilité chez les personnes classées dans la catégorie des cas possibles est supérieure à zéro, mais inférieure à 90 p. 100. Il faut se rappeler que cette composante de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* ne fournit des données que sur les ménages ; toute personne souffrant de dépression (ou d'une autre affection) qui vit dans un établissement ne serait pas incluse dans ces résultats[5] (voir le sujet 76).

Ouvrages de référence

1. Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1994, n° de catalogue H39-107/1995F.
2. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.
3. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.
4. Beaudet, M.P., « La dépression », *Rapports sur la santé 1996*, n° 7, p. 11-24, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.
5. Statistique Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.
6. Kessler R.C., K.A. McGonagle, M. Swartz, D.G. Blazer et C.B. Nelson « Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence », *Journal of Affective Disorders*, 1993, n° 29, p. 85-96.

Figure 75. **Prévalence de la dépression, selon le type de ménage (normalisé en fonction de l'âge), population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**



Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 75a. **Risque de dépression clinique, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, population de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Niveau de risque	
		Possible	Probable
	(en milliers)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**23 671**	**2**	**4**
Hommes	11 562	2	3
Femmes	12 109	2	6
Total, 12 à 14 ans	1 036	#	2
Hommes	506	#	#
Femmes	530	#	3
Total, 15 à 17 ans	1 245	2	5
Hommes	663	#	2
Femmes	583	#	8
Total 18 à 19 ans	807	2	7
Hommes	394	#	4
Femmes	413	#	9
Total, 20 à 24 ans	1 817	2	5
Hommes	908	2	3
Femmes	909	2	7
Total, 25 à 34 ans	4 386	2	5
Hommes	2 156	2	3
Femmes	2 230	2	7
Total, 35 à 44 ans	5 120	2	5
Hommes	2 578	2	4
Femmes	2 542	2	7
Total, 45 à 54 ans	3 637	1	5
Hommes	1 834	1	3
Femmes	1 803	1	6
Total, 55 à 64 ans	2 470	2	3
Hommes	1 181	#	2
Femmes	1 289	2	3
Total, 65 à 74 ans	1 981	1	2
Hommes	874	#	1
Femmes	1 107	1	2
Total, 75 ans et +	1 171	1	2
Hommes	468	#	#
Femmes	703	#	1
Revenu inférieur	935	3	9
Revenu moyen-inférieur	2 169	2	8
Revenu moyen	5 940	1	4
Revenu moyen-supérieur	7 753	2	4
Revenu supérieur	3 030	1	3
Revenu non déclaré	3 844	1	3
Terre-Neuve	458	#	#
Île-du-Prince-Édouard	109	#	#
Nouvelle-Écosse	751	#	5
Nouveau-Brunswick	616	#	5
Québec	5 933	2	4
Ontario	8 921	1	4
Manitoba	869	1	5
Saskatchewan	778	#	5
Alberta	2 112	2	5
Colombie-Britannique	3 124	#	5

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

Tableau 75b **Nombre moyen de semaines d'épisode dépressif au cours des 52 dernières semaines, selon l'âge, le sexe, le revenu (normalisé en fonction de l'âge) et la province, personnes atteintes de dépression de 12 ans ou plus, Canada, 1996–1997**

	Estimé de population	Nombre de semaines d'épisode dépressif au cours des 52 dernières semaines[a]				
		Moyenne	2–4	5–11	12–26	27–52
	(en milliers)		(%)	(%)	(%)	(%)
Total, 12 ans ou +	**1 314**	**7,5**	**42**	**24**	**21**	**13**
Hommes	480	8,0	51	21	16	12
Femmes	834	7,0	36	26	24	14
Total, 12 à 14 ans	27	4,6	70	#	#	#
Hommes	9	4,7	#	0	#	0
Femmes	18	4,4	62	#	#	#
Total, 15 à 17 ans	86	5,0	51	24	#	#
Hommes	26	5,0	77	#	#	0
Femmes	60	5,0	40	25	#	#
Total, 18 à 19 ans	70	5,4	69	18	#	#
Hommes	22	5,3	#	#	#	0
Femmes	48	5,4	70	#	#	#
Total, 20 à 24 ans	122	6,1	43	30	23	#
Hommes	42	6,4	55	#	#	#
Femmes	80	6,0	37	33	26	#
Total, 25 à 34 ans	294	6,2	43	28	19	9
Hommes	110	6,0	54	19	18	9
Femmes	184	6,3	37	34	20	9
Total, 35 à 44 ans	344	6,9	37	27	24	12
Hommes	134	6,8	42	27	17	13
Femmes	210	6,9	34	27	29	11
Total, 45 à 54 ans	200	7,8	31	22	27	20
Hommes	78	8,0	41	25	13	22
Femmes	122	7,7	24	21	36	19
Total, 55 à 64 ans	95	8,4	38	10	28	24
Hommes	29	8,9	51	#	#	#
Femmes	66	8,1	32	11	29	28
Total, 65 à 74 ans	48	9,1	38	17	16	#
Hommes	18	9,2	#	#	#	#
Femmes	30	9,0	31	#	#	#
Total, 75 ans et +	28	10,3	46	#	#	#
Hommes	12	10,8	#	#	#	#
Femmes	16	10,0	#	#	#	#
Revenu inférieur	107	8,3	43	22	20	15
Revenu moyen-inférieur	185	8,0	35	21	20	23
Revenu moyen	323	7,5	38	23	22	17
Revenu moyen-supérieur	391	6,7	45	23	21	11
Revenu supérieur	150	6,8	46	21	28	6
Revenu non déclaré	158	7,6	40	22	19	19
Terre-Neuve	22	8,0	#	#	#	#
Île-du-Prince-Édouard	3	7,3	#	#	#	#
Nouvelle-Écosse	48	7,8	#	#	#	#
Nouveau-Brunswick	39	8,4	#	#	#	#
Québec	299	8,6	39	27	25	#
Ontario	448	7,4	46	21	20	12
Manitoba	49	7,6	37	24	28	11
Saskatchewan	50	7,7	#	#	#	#
Alberta	139	7,4	43	26	20	11
Colombie-Britannique	217	7,1	42	#	#	#

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] La question n'a été posée qu'aux personnes qui indiquaient se sentir tristes, démoralisées, déprimées ou sans intérêt pour quoi que ce soit.

Source: Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*, totalisations spéciales.

76

Hospitalisation psychiatrique

Introduction

Les troubles mentaux représentaient une importante cause d'hospitalisation en 1995-1996, avec un taux de 709 par 100 000 habitants[1], taux semblable à celui du cancer (772 par 100 000) et des troubles génito-urinaires (709 par 100 000) (sujet 77). La dépression est un état qui touche un grand nombre de Canadiennes et de Canadiens (sujet 75), et le suicide est une cause principale de décès (sujets 81 et 82) et, surtout, d'années potentielles de vie perdues (sujet 83). La démence est un problème de santé majeur chez les personnes âgées, surtout celles de 75 ans et plus, qui vivent dans la communauté ou en établissement[2].

Le présent chapitre porte sur les troubles mentaux traités dans les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux ainsi que sur les taux de séjour s'y rapportant.

Hospitalisation psychiatrique, 1995-1996

Entre 1994-1995 et 1995-1996, on a observé une baisse du taux d'hospitalisation psychiatrique (de 722 à 709 par 100 000). Le changement le plus important concerne les psychoses affectives, où l'on a enregistré une baisse de 2 p. 100. Les données sur les autres troubles sont demeurées les mêmes ou ont très peu changé[1]. De 1982-1983 à 1993-1994, on a observé un accroissement constant du nombre de jours-patients pour les troubles mentaux (figure 76a)[3] qui, combiné avec la diminution du nombre de congés, indique une tendance nette aux séjours prolongés à l'hôpital d'un nombre moindre de patients, c'est-à-dire l'hospitalisation des cas les plus graves[3].

En 1995-1996, 48 429 séjours hospitaliers (23 p. 100) se rattachaient à des psychoses affectives, y compris le trouble maniaco-dépressif, plus qu'à n'importe quel autre type de troubles mentaux, bien que la schizophrénie et la dépendance à l'alcool ou aux drogues représentent une part importante des séjours, soit plus de 15 p. 100 (31 027) et 12 p. 100 (25 854) respectivement (figure 76b)[1].

Il n'existe pas de données internationales sur ce sujet, aux fins de comparaison.

Différences entre les groupes

Dans tous les groupes d'âge, les taux d'hospitalisation des femmes sont de beaucoup supérieurs à ceux des hommes dans le cas des troubles névrotiques (un coefficient de 1,9:1), des états dépressifs (1,8:1), des psychoses affectives (1,7:1) et des réactions d'adaptation (1,4:1) (tableau 76)[1]. En revanche, les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues (2,4:1) et la schizophrénie (1,4:1)[1].

Le lien avec l'âge varie en fonction des troubles mentaux traités : les hospitalisations relatives aux psychoses affectives et à la dépendance à l'alcool ou aux drogues atteignent un sommet chez les 35 à 44 ans, alors que les hospitalisations reliées à la schizophrénie sont plus courantes chez les 25 à 44 ans. Les psychoses séniles et les états dépressifs sont les seuls troubles pour lesquels les taux d'hospitalisation sont nettement plus accentués dans les groupes les plus âgés[1] (tableau 76)[1]. Bien que les définitions soient différentes, cela contraste avec la prévalence de la dépression dans les ménages, laquelle *diminue* avec l'âge (sujet 75).

Les taux provinciaux/territoriaux varient beaucoup, ce qui reflète vraisemblablement la présence d'un certain nombre de facteurs autres que l'incidence d'une maladie spécifique – notamment l'accès aux installations, les politiques relatives à la durée des séjours et l'erreur diagnostique. L'Île-du-Prince-Édouard affiche le taux le plus élevé

d'hospitalisations (1 182 par 100 000), et l'Alberta, le plus faible (647 par 100 000). C'est dans les Territoires du Nord-Ouest que l'on trouve les taux les moins élevés d'hospitalisation pour les troubles séniles ou préséniles, les psychoses schizophréniques et les psychoses affectives, et les taux les plus élevés relatifs aux états névrotiques et à la dépendance à l'alcool ou aux drogues (tableau 76). Le Québec affiche les taux d'hospitalisation les plus faibles relatifs aux états névrotiques, et le Yukon, pour les réactions d'adaptation. Le Manitoba et la Colombie-Britannique présentent les taux de séjour hospitalier les plus élevés pour les troubles séniles ou préséniles, la Saskatchewan, pour les psychoses affectives, et l'Î.-P.-É., pour la dépression[1].

Il n'y a pas de données sur les congés classés en fonction du niveau d'instruction ou du revenu du patient.

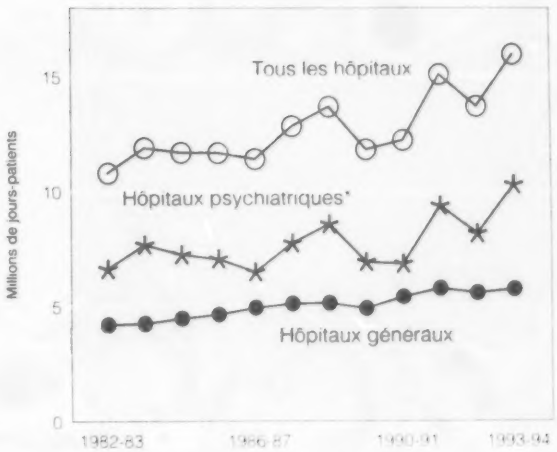
Définitions et méthodes

Les données sur les hospitalisations (séjours hospitaliers qui se terminent par un départ ou un décès) sont consignées par l'ICIS comme des dossiers administratifs en provenance des hôpitaux et des ministères provinciaux/territoriaux de la Santé, puis transmises à Statistique Canada, où sont préparés les résumés nationaux et où sont calculés les taux aux fins du présent *Rapport*.[1]

Ouvrages de référence

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la santé mentale, 1995-1996*.
2. Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, « Canadian Study of Health and Aging: study methods and prevalence of dementia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol 150, n° 6, p. 899-913.
3. Statistique Canada, *La statistique de l'hygiène mentale, 1993-1994*, Ottawa, 1996, n° de catalogue 83-245-XPB.

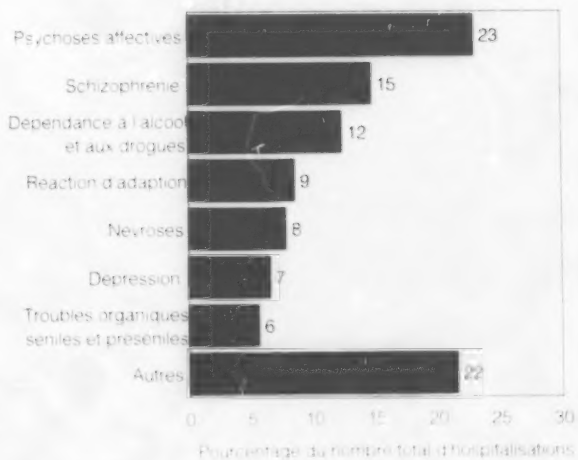
Figure 76a **Nombre de jours-patients pour les troubles mentaux, selon le type d'hôpital, Canada, 1982–1983 à 1993–1994**



* Sauf le Manitoba et le Nouveau-Brunswick.

Source: Statistique Canada, *Statistiques sur la santé mentale, 1993–1994*, Ottawa, 1996, no de catalogue 83-245-XPB.

Figure 76b **Problèmes de santé mentale traités en milieu hospitalier, Canada, 1995–1996**



Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la santé mentale, 1995–1996.

d'hospitalisations (1 182 par 100 000), et l'Alberta, le plus faible (647 par 100 000). C'est dans les Territoires du Nord-Ouest que l'on trouve les taux les moins élevés d'hospitalisation pour les troubles séniles ou préséniles, les psychoses schizophréniques et les psychoses affectives, et les taux les plus élevés relatifs aux états névrotiques et à la dépendance à l'alcool ou aux drogues (tableau 76). Le Québec affiche les taux d'hospitalisation les plus faibles relatifs aux états névrotiques, et le Yukon, pour les réactions d'adaptation. Le Manitoba et la Colombie-Britannique présentent les taux de séjour hospitalier les plus élevés pour les troubles séniles ou préséniles, la Saskatchewan, pour les psychoses affectives, et l'Î.-P.-É., pour la dépression[1].

Il n'y a pas de données sur les congés classés en fonction du niveau d'instruction ou du revenu du patient.

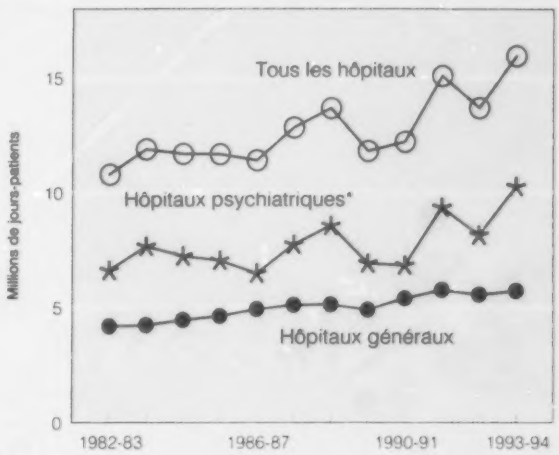
Définitions et méthodes

Les données sur les hospitalisations (séjours hospitaliers qui se terminent par un départ ou un décès) sont consignées par l'ICIS comme des dossiers administratifs en provenance des hôpitaux et des ministères provinciaux/territoriaux de la Santé, puis transmises à Statistique Canada, où sont préparés les résumés nationaux et où sont calculés les taux aux fins du présent *Rapport*.[1]

Ouvrages de référence

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la santé mentale, 1995-1996.*
2. Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, « Canadian Study of Health and Aging: study methods and prevalence of dementia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol 150, nº 6, p. 899-913.
3. Statistique Canada, *La statistique de l'hygiène mentale, 1993-1994*, Ottawa, 1996, nº de catalogue 83-245-XPB.

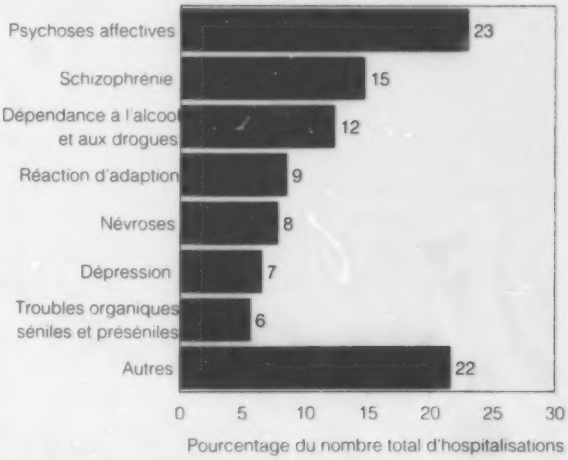
Figure 76a **Nombre de jours-patients pour les troubles mentaux, selon le type d'hôpital, Canada, 1982–1983 à 1993–1994**



* Sauf le Manitoba et le Nouveau-Brunswick.

Source: Statistique Canada, *Statistiques sur la santé mentale, 1993–1994*, Ottawa, 1996, no de catalogue 83-245-XPB.

Figure 76b **Problèmes de santé mentale traités en milieu hospitalier, Canada, 1995–1996**



Source: Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la santé mentale, 1995–1996.

Tableau 76 **Hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et généraux, selon le diagnostic, l'âge, le sexe et la province/territoire, Canada, 1995–1996**

	Taux par 100 000 habitants								
	Total	Troubles psychotiques organiques séniles et préséniles	Psychoses schizophréniques	Psychoses affectives	Troubles névrotiques	Dépendance à l'alcool et aux drogues	Réaction d'adaptation	Trouble dépressif réactionnel	Autres
Total, tous les âges	**709,1**	**39,5**	**104,4**	**162,9**	**55,2**	**87,0**	**60,6**	**46,2**	**153,3**
Hommes	663,4	33,0	121,6	120,1	38,1	123,2	50,5	32,6	144,3
Femmes	753,9	45,8	87,4	205,0	72,0	51,4	70,5	59,7	162,1
Total, <4 ans	17,7	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,6	0,0	16,9
Hommes	22,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,8	0,0	21,7
Femmes	12,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	11,7
Total, 5 à 9 ans	53,6	0,0	0,1	0,8	3,3	0,1	4,0	0,7	44,5
Hommes	79,5	0,0	0,1	1,5	3,3	0,1	5,5	1,2	67,9
Femmes	26,6	0,0	0,1	0,1	3,4	0,1	2,6	0,3	20,0
Total, 10 à 14 ans	239,2	0,0	2,9	22,1	26,9	3,9	42,2	14,5	126,6
Hommes	207,1	0,0	2,9	13,9	17,9	3,2	26,1	7,7	135,3
Femmes	272,8	0,0	2,8	30,7	36,3	4,6	59,0	21,7	117,6
Total, 15 à 17 ans	671,0	0,0	28,8	116,8	68,4	29,7	130,5	58,0	238,9
Hommes	493,7	0,0	36,1	77,8	38,9	37,6	75,5	29,9	198,0
Femmes	858,1	0,0	21,0	158,0	99,4	21,4	188,5	87,6	282,1
Total, 18 à 19 ans	655,0	0,0	82,4	107,1	62,7	59,8	101,4	43,9	197,8
Hommes	641,9	0,0	114,5	84,5	47,5	82,2	86,2	32,7	194,3
Femmes	668,8	0,0	48,9	130,7	78,5	36,3	117,3	55,6	201,5
Total, 20 à 24 ans	666,2	0,1	124,1	125,4	56,8	65,9	83,4	39,6	170,8
Hommes	702,7	0,2	183,7	107,5	44,0	89,1	74,7	29,4	174,1
Femmes	628,5	0,0	62,7	144,0	69,9	42,0	92,4	50,2	167,3
Total, 25 à 34 ans	861,6	0,1	183,3	182,9	64,9	108,7	91,9	53,2	176,5
Hommes	858,8	0,1	244,0	140,7	48,2	142,4	79,3	37,8	166,3
Femmes	864,3	0,1	121,2	226,2	82,1	74,1	104,7	68,9	186,9
Total, 35 à 44 ans	973,9	0,1	179,8	255,6	75,9	146,5	91,0	62,4	162,6
Hommes	915,6	0,1	211,1	180,6	53,9	204,8	77,4	42,7	145,0
Femmes	1 032,3	0,2	148,3	331,1	98,0	87,8	104,7	82,1	180,1
Total, 45 à 54 ans	799,0	1,5	135,6	241,7	63,6	128,6	58,9	53,2	116,0
Hommes	716,3	1,9	123,2	170,5	43,8	184,9	49,7	39,0	103,3
Femmes	882,4	1,0	148,1	313,5	83,5	71,9	68,2	67,5	128,7
Total, 55 à 64 ans	679,7	12,6	104,1	206,2	54,1	118,0	30,9	46,8	107,0
Hommes	628,8	14,5	88,9	155,0	33,2	176,3	26,0	35,1	99,8
Femmes	729,4	10,7	118,9	256,3	74,6	61,0	35,7	58,2	114,0
Total, 65 à 74 ans	796,0	91,0	63,7	215,7	60,1	109,9	25,9	61,0	168,8
Hommes	773,9	102,2	43,9	166,4	41,2	178,9	21,4	46,5	173,5
Femmes	814,7	81,6	80,4	257,3	76,0	51,6	29,8	73,3	164,8
Total, 75 ans et +	1 581,1	634,3	34,0	186,6	93,1	62,1	31,3	97,0	442,8
Hommes	1 586,8	656,4	26,5	159,4	60,8	110,8	30,1	84,5	458,1
Femmes	1 577,8	621,0	38,4	202,8	112,4	33,0	32,0	104,6	433,7
Terre-Neuve	749,9	26,5	90,3	198,1	58,9	84,7	74,6	53,7	163,0
Î.-P.-É.	1 181,9	14,7	104,5	174,4	113,3	150,1	37,5	343,7	243,6
Nouvelle-Écosse	749,0	23,9	85,0	140,8	66,7	109,6	94,9	46,9	181,4
N.-B.	857,0	43,2	86,0	179,3	98,6	72,9	89,6	85,5	202,0
Québec	706,7	45,2	124,0	139,8	47,7	79,9	65,5	34,9	169,8
Ontario	676,9	30,8	104,0	168,2	47,8	85,3	62,3	48,1	130,5
Manitoba	857,0	59,4	108,9	153,7	74,4	114,7	48,2	63,4	234,4
Saskatchewan	797,2	29,0	106,3	213,1	78,4	131,2	39,4	51,5	148,2
Alberta	647,3	37,8	73,5	175,2	61,4	82,0	47,1	36,2	134,1
C.-B.	721,7	59,0	99,9	169,7	59,1	82,5	49,7	43,3	158,5
Yukon	653,1	6,5	61,4	168,1	97,0	158,4	32,3	22,6	106,7
T.N.-O.	811,7	6,0	33,3	130,0	166,3	173,8	72,6	80,1	149,6

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la santé mentale, 1995–1996.*

77

Causes d'hospitalisation

Introduction

Les données relatives aux principales causes d'hospitalisation donnent un aperçu des problèmes de santé qui contribuent le plus à la morbidité hospitalière. Elles peuvent servir à établir les priorités en matière de prévention de la maladie et, peut-être, à réduire les coûts d'un système de soins de santé déjà lourdement grevé.

Le présent chapitre porte sur les principales causes d'hospitalisation au Canada déterminées à partir des données sur les hospitalisations qui se terminent par un départ ou un décès, enregistrés dans les hôpitaux généraux et d'autres établissements de soins, à l'exception de certains hôpitaux psychiatriques provinciaux. Pour en savoir davantage sur les services hospitaliers au Canada, voir le sujet 26 (services d'urgence), le sujet 27 (durée moyenne des séjours à l'hôpital) et le sujet 76 (hospitalisation psychiatrique).

Hospitalisations, 1995-1996

En 1995-1996, on a dénombré 3,3 millions d'hospitalisations au Canada, soit 11 171 par 100 000 habitants. Le taux d'hospitalisations le plus élevé est relié à la grossesse (1 609 par 100 000 ou 3 190 par 100 000 femmes) ; les troubles circulatoires arrivent au second rang (1 588 par 100 000) et les troubles digestifs, au troisième (1 268 par 100 000) (tableau 77)[1]. Les hospitalisations relatives aux soins périnataux (54 par 100 000), aux malformations congénitales (69 par 100 000) et aux maladies du sang (87 par 100 000) sont beaucoup moins nombreuses (figure 77a)[1].

De 1990-1991 à 1995-1996, le *nombre* total de séjours hospitaliers a diminué, passant de 3 618 533 à 3 320 789, de même que le *taux* de congés par 100 000 habitants, qui est passé de 13 865 à 11 171. Le *nombre* de séjours hospitaliers a diminué dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes de 65 ans et plus (figure 77b)[2] ; quant au *taux* par 100 000 habitants, il a baissé dans tous les groupes d'âge. Cela tranche sur la période de 1979-1980 à 1990-1991, où l'on a observé une hausse du *nombre* total d'hospitalisations (3 533 621 à 3 618 533), mais une diminution du *taux* par 100 000 habitants (de 14 964 à 13 865) (données non présentées)[3].

Différences entre les groupes

En 1995-1996, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées (12 874 contre 9 438 par 100 000). Cet écart est largement attribuable aux cas de grossesse, mais les femmes sont néanmoins plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées pour le cancer (sujet 73), des troubles mentaux (sujet 76) ainsi que des troubles digestifs, génito-urinaires et musculo-squelettiques. Quant aux hommes, ils ont plus tendance que les femmes à être hospitalisés pour des blessures ou des empoisonnements (sujet 60) ainsi que pour des problèmes circulatoires (sujet 74) et respiratoires (tableau 77)[1]. En 1990-1991, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés pour des troubles digestifs[2], tandis que l'on a observé l'inverse en 1995-1996.

Le lien entre les diverses causes d'hospitalisation et l'âge n'étonne guère. Après 12 ans, les taux d'hospitalisation relatifs aux cancers ainsi qu'aux troubles circulatoires, digestifs, génito-urinaires et musculo-squelettiques augmentent avec l'âge. L'hospitalisation pour des maladies respiratoires touche plus souvent les enfants (12 ans ou moins) et les personnes âgées (65 ans et plus). Quant aux blessures et aux empoisonnements, on observe également un rapport bimodal entre les séjours hospitaliers et l'âge. Les jeunes de 15 à 24 ans et les aînés constituent, en effet, les groupes les plus susceptibles d'être hospitalisés pour ces deux raisons

(sujet 60). Les hospitalisations pour cause de grossesse se limitent surtout aux femmes de 15 à 44 ans. Dans l'ensemble, les taux d'hospitalisation s'accroissent avec l'âge, ce qui est logique avec la tendance aux séjours moyens plus longs (sujet 27), ajoutant ainsi plus de jours-patient avec l'accroissement de l'âge.

On observe des écarts prononcés d'une province/d'un territoire à l'autre en ce qui a trait aux hospitalisations. La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick affichent les taux d'hospitalisation les plus élevés (15 710 et 15 416 par 100 000 respectivement), alors que le Yukon, le Québec et l'Ontario affichent les taux les plus faibles (9 191, 10 540 et 10 610 par 100 000 respectivement). Le taux provincial-territorial le plus faible, tous diagnostics confondus, est par conséquent 59 p. 100 du taux le plus élevé.

Le Nouveau-Brunswick est nettement au-dessus de la moyenne pour les taux d'hospitalisation pour le cancer ainsi que pour les troubles circulatoires, digestifs et génito-urinaires, et les résidents de la Saskatchewan, sont plus susceptibles que la moyenne d'être hospitalisés pour des troubles respiratoires et musculo-squelettiques ainsi que des blessures ou des empoisonnements. L'Ontario présente un taux de congés inférieur à la moyenne pour les troubles respiratoires, suivi de près par la Colombie-Britannique. Le Québec a le plus bas taux d'hospitalisation pour les blessures et les empoisonnements et les Territoires du Nord-Ouest présentent le taux le plus faible pour le cancer.

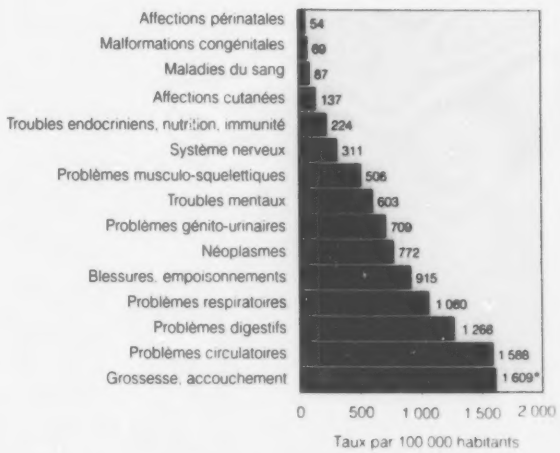
Définitions et méthodes

L'hôpital prépare les dossiers d'hospitalisation pour chaque patient qui quitte l'établissement ou qui y décède. Ces dossiers fournissent des données sur la fréquence des principales causes d'hospitalisation des patients qui quittent l'hôpital. Pour obtenir un tableau plus complet des répercussions économiques de chaque groupe de maladies, il y a lieu de combiner les données sur les hospitalisations avec celles sur la durée moyenne du séjour à l'hôpital (sujet 27). Les données du présent *Rapport* excluent les nouveau-nés.

Ouvrages de référence

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1994-1995 et 1995-1996.*
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.
3. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité hospitalière et interventions chirurgicales*, de 1986-1987 à 1993-1994.

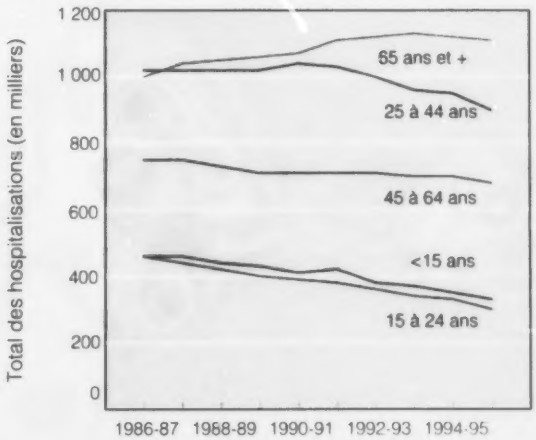
Figure 77a **Hospitalisations, selon la cause, Canada, 1995–1996**



* Taux de grossesse calculé selon toute la population. Taux basé sur la population féminine : 3 190.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996.*

Figure 77b **Total des hospitalisations, selon l'âge, Canada, 1986–1987 à 1995–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

(sujet 60). Les hospitalisations pour cause de grossesse se limitent surtout aux femmes de 15 à 44 ans. Dans l'ensemble, les taux d'hospitalisation s'accroissent avec l'âge, ce qui est logique avec la tendance aux séjours moyens plus longs (sujet 27), ajoutant ainsi plus de jours-patient avec l'accroissement de l'âge.

On observe des écarts prononcés d'une province/d'un territoire à l'autre en ce qui a trait aux hospitalisations. La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick affichent les taux d'hospitalisation les plus élevés (15 710 et 15 416 par 100 000 respectivement), alors que le Yukon, le Québec et l'Ontario affichent les taux les plus faibles (9 191, 10 540 et 10 610 par 100 000 respectivement). Le taux provincial-territorial le plus faible, tous diagnostics confondus, est par conséquent 59 p. 100 du taux le plus élevé.

Le Nouveau-Brunswick est nettement au-dessus de la moyenne pour les taux d'hospitalisation pour le cancer ainsi que pour les troubles circulatoires, digestifs et génito-urinaires, et les résidents de la Saskatchewan, sont plus susceptibles que la moyenne d'être hospitalisés pour des troubles respiratoires et musculo-squelettiques ainsi que des blessures ou des empoisonnements. L'Ontario présente un taux de congés inférieur à la moyenne pour les troubles respiratoires, suivi de près par la Colombie-Britannique. Le Québec a le plus bas taux d'hospitalisation pour les blessures et les empoisonnements et les Territoires du Nord-Ouest présentent le taux le plus faible pour le cancer.

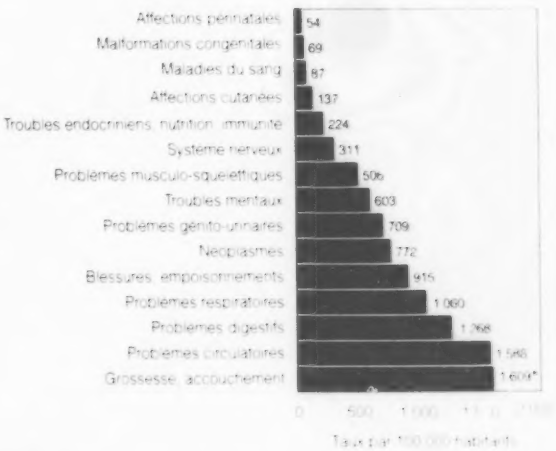
Définitions et méthodes

L'hôpital prépare les dossiers d'hospitalisation pour chaque patient qui quitte l'établissement ou qui y décède. Ces dossiers fournissent des données sur la fréquence des principales causes d'hospitalisation des patients qui quittent l'hôpital. Pour obtenir un tableau plus complet des répercussions économiques de chaque groupe de maladies, il y a lieu de combiner les données sur les hospitalisations avec celles sur la durée moyenne du séjour à l'hôpital (sujet 27). Les données du présent *Rapport* excluent les nouveau-nés.

Ouvrages de référence

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1994-1995 et 1995-1996*.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, nº de catalogue 82-221-XCB.
3. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité hospitalière et interventions chirurgicales*, de 1986-1987 à 1993-1994.

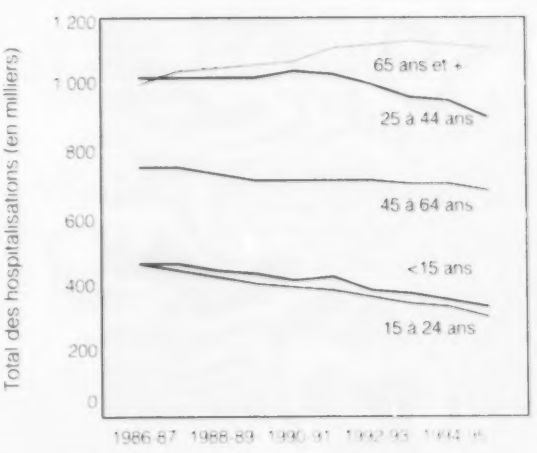
Figure 77a **Hospitalisations, selon la cause, Canada, 1995–1996**



* Taux de grossesse calculé selon toute la population. Taux base sur la population féminine : 3 190.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996*.

Figure 77b **Total des hospitalisations, selon l'âge, Canada, 1986–1987 à 1995–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

Tableau 77 Hospitalisations, selon le diagnostic, l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1995–1996

	Taux par 100 000 habitants									
	Total	Néo-plasmes	Troubles mentaux	Problèmes circu-latoires	Problèmes respi-ratoires	Problèmes digestifs	Problèmes génito-urinaires	Gros-sesse[a]	Problèmes musculo-squelettiques	Blessures et empoi-sonnements
Total, tous les âges	**11 171**	**772**	**603**	**1 588**	**1 060**	**1 268**	**709**	**1 609**	**506**	**915**
Hommes	9 438	700	546	1 796	1 145	1 238	509	0	470	976
Femmes	12 874	842	659	1 383	977	1 298	906	3 190	542	855
Total, moins de 12 ans	5 987	74	41	36	2 188	623	205	0	80	54
Hommes	6 786	74	57	38	2 607	691	194	0	85	628
Femmes	5 149	74	24	34	1 750	553	217	0	75	451
Total, 12 à 14 ans	3 209	76	279	33	557	389	139	34	152	709
Hommes	3 179	75	198	34	486	397	121	0	141	890
Femmes	3 241	76	363	31	632	380	158	69	164	519
Total, 15 à 17 ans	5 308	87	580	55	633	556	284	1 014	218	899
Hommes	3 685	81	405	61	448	499	116	0	190	1 066
Femmes	7 020	94	764	49	828	617	460	2 085	249	723
Total, 18 à 19 ans	7 246	92	558	67	565	655	408	2 819	232	868
Hommes	4 070	87	525	71	464	567	106	0	259	1 127
Femmes	10 565	96	592	64	670	748	723	5 766	205	59
Total, 20 à 24 ans	8 970	92	558	88	423	731	469	4 660	235	778
Hommes	3 847	70	570	84	370	576	125	0	266	1 038
Femmes	14 246	116	546	91	478	890	823	9 459	203	511
Total, 25 à 34 ans	10 799	183	714	171	351	832	602	5 585	317	693
Hommes	4 275	102	683	177	331	670	181	0	363	879
Femmes	17 484	266	745	165	371	998	1 034	11 917	270	50
Total, 35 à 44 ans	7 425	481	811	467	339	996	780	1 189	426	688
Hommes	5 586	195	733	596	329	948	276	0	473	825
Femmes	9 275	770	889	338	348	1 044	1 287	2 387	379	550
Total, 45 à 54 ans	8 713	936	671	1 405	450	1 395	787	8	557	728
Hommes	8 456	564	588	1 904	426	1 380	439	0	554	818
Femmes	8 973	1 312	754	903	475	1 410	1 137	16	560	638
Total, 55 à 64 ans	14 196	1 676	579	3 344	964	2 023	987	0	875	972
Hommes	15 497	1 705	526	4 472	977	2 126	969	0	823	1 054
Femmes	12 925	1 647	631	2 242	950	1 923	1 005	0	926	892
Total, 65 à 74 ans	24 207	2 880	696	6 424	2 101	2 894	1 538	0	1 417	1 531
Hommes	27 923	3 469	674	8 239	2 509	3 357	1 956	0	1 227	1 521
Femmes	21 069	2 383	715	4 891	1 757	2 503	1 185	0	1 577	1 540
Total, 75 ans et +l	40 475	3 417	1 458	11 010	4 280	4 151	1 910	0	1 766	3 502
Hommes	46 742	4 800	1 443	12 947	5 856	4 832	2 985	0	1 452	2 815
Femmes	36 724	2 589	1 467	9 850	3 337	3 744	1 267	0	1 955	3 912
Terre-Neuve	12 239	740	506	1 801	1 240	1 538	946	1 453	489	903
Île-du-Prince-Édouard	13 683	743	932	1 571	1 938	1 708	948	1 654	469	885
Nouvelle-Écosse	12 352	870	603	1 976	1 270	1 502	747	1 431	597	924
Nouveau-Brunswick	15 416	882	814	2 142	2 000	1 975	1 096	1 445	658	1 071
Québec	10 540	843	614	1 629	964	1 233	701	1 457	453	768
Ontario	10 610	779	541	1 547	924	1 152	670	1 642	493	810
Manitoba	12 690	814	605	1 605	1 334	1 424	701	2 100	494	1 094
Saskatchewan	15 710	873	773	2 072	2 063	1 918	989	1 762	774	1 332
Alberta	10 899	598	565	1 265	1 137	1 234	644	1 775	507	1 111
Colombie-Britannique	11 194	672	703	1 514	928	1 226	692	1 580	536	1 167
Yukon	9 191	310	653	734	983	1 077	495	1 865	220	1 047
Territoires du Nord-Ouest	11 795	168	812	472	2 051	1 416	488	2 595	343	1 214

[a] Taux de grossesses calculé selon toute la population. Taux basé sur la population féminine : 3 190.

Source: Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la morbidité hospitalière, 1995–1996.*

Mortalité

Mesurée de diverses façons, la mortalité est l'indicateur de santé le plus ancien et le plus répandu ; à titre de mesure sommaire, elle peut être à la fois exhaustive et objective. La bonne santé peut être déduite de la prorogation de la mort, comme l'indiquent l'espérance de vie (sujet 84) et les taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge (sujet 82), ou par son évitement, comme dans la mortalité infantile (sujet 78). Les méthodes de mesure de la mortalité comme indicateur d'état de santé peuvent mettre l'accent sur les étapes de la vie, comme l'enfance (sujet 78) ou les années productives (années potentielles de vie perdues, sujet 83), ou elles peuvent porter sur les causes (sujets 79 à 82, sujet 62). Cette dernière section présente sept mesures différentes de la mortalité comme indicateurs de la santé de la population.

Aperçu

La plupart de ces indicateurs de la mortalité sont à leur meilleur niveau depuis les débuts de l'histoire du Canada, et selon nombre d'entre eux, le Canada se compare très avantageusement à d'autres pays industrialisés. Ce portrait d'ensemble impressionnant relègue à l'arrière-plan les développements moins heureux.

Du côté positif, la mortalité infantile, à 5,6 par 1 000 naissances, est à son niveau le plus bas jamais atteint et a diminué de 60 p. 100 en l'espace d'une génération. La mortalité périnatale et néonatale a diminué de 50 p. 100 durant la même période. Les taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge sont parmi les plus bas au monde, comme le sont les années potentielles de vie perdues (APVP). L'espérance de vie de 78,6 ans à la naissance est plus élevée que jamais au Canada et n'est surpassée que par quelques autres pays.

Même s'il s'agit là de réalisations spectaculaires, elles contrastent avec d'autres tendances et soulèvent des questions quant à l'avenir :

- les améliorations de la mortalité infantile sont relativement faibles depuis 1991, et le rendement du Canada est à la baisse comparativement à d'autres pays de l'OCDE ;
- le taux de suicide chez les jeunes du Canada ne s'est pas rétabli depuis sa hausse dramatique qui a débuté dans les années 1970, et le pays demeure l'exception au sein de l'OCDE pour avoir des taux de suicide chez les jeunes supérieurs à ceux de la population en général ;
- plus de 45 000 décès sont attribuables chaque année à l'usage du tabac et, parmi ceux-ci, le nombre de femmes augmente.

Les données sur la mortalité jettent de la lumière sur les causes de décès, et les principales causes varient selon la mesure de mortalité employée. Les maladies cardiovasculaires et le cancer demeurent les principales causes de décès dans l'ensemble, tandis que le cancer et les accidents sont la raison majeure de la perte d'années potentielles de vie. Les données sur la mortalité peuvent également servir à informer sur le fardeau de risques précis comme l'usage du tabac (sujet 79), la consommation d'alcool (sujet 80) et les collisions de la route (sujets 63 et 80). Tous ces décès ou presque tous sont, en principe, évitables.

Les certificats de décès constituent la base de toutes ces statistiques et fournissent peu de renseignements personnels autres que le sexe, l'âge et le lieu de résidence. Le statut social, que l'on doit déduire d'après le lieu de résidence de la personne décédée, est tenu pour être inversement lié à l'espérance de vie, bien que cela ne soit pas apparent au présent *Rapport*. Le statut d'Autochtone est lié à une augmentation de 150 p. 100 du risque de suicide.

Les différences provinciales sont négligeables sur le plan des taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge (TMNA), des années potentielles de vie perdues (APVP) et de l'espérance de vie, mais importantes sur le plan de la mortalité infantile et du suicide (des facteurs de presque deux et trois, respectivement, séparent les taux provinciaux les plus faibles des plus élevés). Lorsqu'on inclut les Territoires dans ces comparaisons, les contrastes sont encore plus marqués : dans les Territoires du Nord-Ouest, les taux de suicide sont le quintuple et les taux de mortalité infantile, le triple de ceux de la province au taux minimum. Il s'agit de contrastes frappants dans un pays aussi avancé que le Canada sur le plan international.

Quelques précisions sur les sources et les écarts

Cet ensemble d'indicateurs de la santé impressionne par la variété des perspectives qu'il englobe. À l'heure actuelle, la principale omission est un calcul mis à jour de l'espérance de vie sans incapacité. Quant à la collecte de données, l'amélioration la plus souhaitable serait l'ajout d'une mesure du statut social sur les certificats de décès. Cela permettrait des analyses régulières et concluantes de la répartition des décès au sein de la population canadienne.

78

Mortalité infantile et périnatale

Introduction

La mortalité infantile est doublement tragique, car elle suppose non seulement la perte d'une jeune vie humaine, mais aussi un deuil pour les parents. La mort périnatale regroupe les mortinaissances (sujets 64 et 65) et les morts néonatales précoces – soit les décès qui surviennent dans les sept premiers jours après la naissance. Dans son sens le plus restreint, la mortalité infantile désigne les décès qui surviennent dans l'année suivant la naissance et ne comprend pas les mortinaissances. La mortalité infantile est souvent utilisée comme indicateur de base du développement social et économique, tandis que la mortalité périnatale est un meilleur indicateur du niveau de soins[1].

Mortalité infantile et périnatale

En 1996, le taux de mortalité infantile était de 5,6 par 1 000 naissances, et un peu plus de la moitié de ces décès sont survenus dans les sept premiers jours après la naissance (3,3 par 1 000). Le taux de mortalité infantile du Canada a glissé sous le seuil des six enfants décédés par 1 000 naissances vivantes pour la première fois (et est plus bas que le taux de 1995, soit 6,1)[2]. Le taux de mortalité périnatale est de 6,7 (tableau 78)[3]. Les trois taux ont fléchi considérablement depuis 1974, bien que la mortalité néonatale précoce ait augmenté sensiblement en 1994 par rapport à l'année précédente (figure 78a)[3,4].

Les complications périnatales sont la cause la plus importante de mortalité infantile et périnatale en 1996 (figure 78b ; voir aussi le sujet 65)[3]. Les anomalies congénitales occupent aussi une place importante, ayant causé 430 décès périnataux et 575 décès infantiles. Le syndrome de mort subite a été responsable, en 1996, de 166 décès infantiles, dont trois morts périnatales.

Bien que le taux de mortalité infantile du Canada ait baissé continuellement, le taux d'amélioration peut avoir été plus faible que celui de la plupart des pays industrialisés. En 1990, le Canada était au cinquième rang parmi 17 pays de l'OCDE ; en 1996, il se classe douzième. Le taux du Canada n'est inférieur qu'à celui des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Grèce et de la Nouvelle-Zélande (figure 78c)[3,5]. Ce plus récent classement peut-être largement dû aux changements dans la façon de ces pays de rapporter la mortalité infantile.

Différences entre les groupes

La mortalité infantile, la mortalité périnatale et la mortalité néonatale précoce sont plus élevées chez les garçons que chez les filles (tableau 78)[3]. Le rapport le plus accentué entre les sexes est celui qui se rapporte à la mortalité infantile : 1,22:1.

Les différences provinciales et territoriales relatives à ces taux sont frappantes (tableau 78)[3]. Le taux de mortalité infantile est le plus bas au Québec (4,6 pour 1 000) et le plus élevé en Saskatchewan (8,4) et dans les Territoires du Nord-Ouest (12,2). Le Québec détient également le taux le plus bas de mortalité périnatale (5,7), à l'exception du Yukon (4,5). En revanche, le Manitoba (7,6), les Territoires du Nord-Ouest (7,6) et l'Île-du-Prince-Édouard (7,7) affichent les taux les plus élevés de mortalité périnatale. Le Nouveau-Brunswick a le taux le plus faible de mortalité néonatale précoce (2,4), tandis que la Saskatchewan (4,5), Terre-Neuve (4,5) et l'Île-du-Prince-Édouard (4,7) ont les taux les plus élevés. (Les données de l'Île-du-Prince-Édouard, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest doivent être interprétées avec prudence, étant donné les nombres peu élevés[2].)

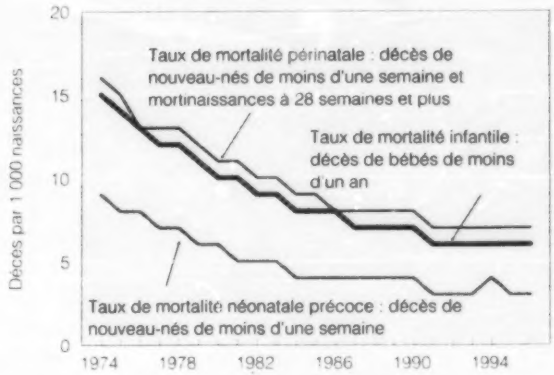
Définitions et méthodes

La mortalité infantile et la mortalité néonatale précoce sont calculées par 1 000 naissances vivantes survenues

au cours d'une même période, tandis que la mortalité périnatale est calculée pour toutes les naissances, y compris les mortinaissances (à 28 semaines ou plus) et les morts infantiles moins d'une semaine après la naissance.

Les différences dans les systèmes d'enregistrement, compliquant les comparaisons de mortalité infantile, incluent l'enregistrement inconstant d'enfants de moins de 1 000 g et des différences dans la classification de naissances vivantes ou de mortinaissances. Bien que l'Organisation mondiale de la santé recommande de restreindre les comparaisons internationales de mortalité infantile aux naissances vivantes de 1 000 g et plus, ce n'est pas devenu une pratique courante. Par exemple, les taux canadiens d'enregistrement de naissances vivantes de moins de 500 g sont beaucoup plus élevés que les taux observés dans certains pays de l'OCDE, mais pas aussi hauts qu'aux États-Unis.

Figure 78a **Taux de mortalité infantile, périnatale et néonatale précoce, Canada, 1974–1996**

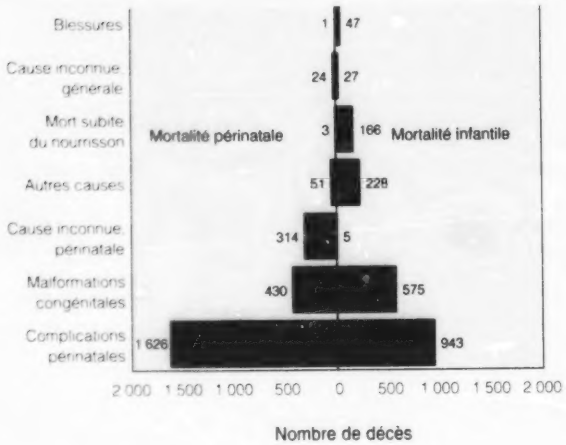


Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB ; *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Ouvrages de référence

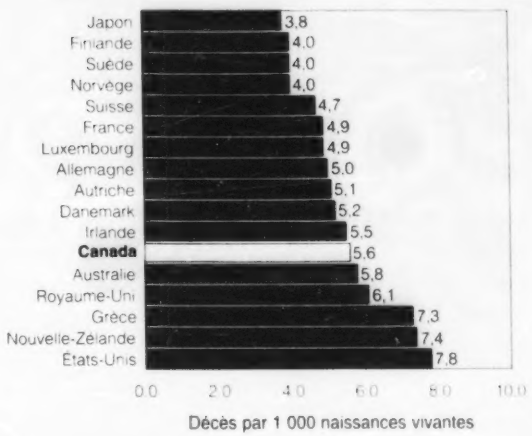
1. Bernier, L., *Guide d'utilisation des 40 indicateurs sociosanitaires*, Ottawa, Santé Canada, 1993.
2. Statistique Canada, « Naissances 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.
4. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.
5. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé 1998, OCDE* (CD-ROM).

Figure 78b **Mortalité périnatale et infantile, selon la cause, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, Ottawa, n° de catalogue 84-214-XPF.

Figure 78c **Taux de mortalité infantile, pays choisis de l'OCDE, 1996**



Source: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Sante OCDE 98* (CD-ROM) ; le taux canadien provient de Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, Statistique Canada, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Tableau 78 **Taux de mortalité infantile, périnatale et néonatale précoce, selon le sexe de l'enfant et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Taux de mortalité (décès par 1 000 naissances)		
	Infantile[a]	Périnatale[b]	Néonatale[a]
Total	**5,6**	**6,7**	**3,3**
Hommes	6,7	7,0	3,6
Femmes	5,5	6,3	3,0
Terre-Neuve	6,6	6,9	4,5
Île-du-Prince-Édouard	4,7	7,7	4,7
Nouvelle-Écosse	5,6	6,2	3,2
Nouveau-Brunswick	4,9	6,2	2,4
Québec	4,6	5,7	2,9
Ontario	5,7	7,2	3,4
Manitoba	6,7	7,6	3,8
Saskatchewan	8,4	7,1	4,5
Alberta	6,2	7,0	3,4
Colombie-Britannique	5,1	6,2	2,9
Yukon	#	4,5	#
Territoires du Nord-Ouest	12,2	7,6	2,6

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Pour 1 000 naissances vivantes.

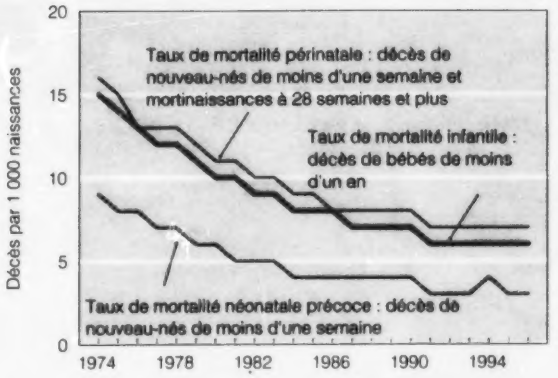
[b] La catégorie périnatale comprend les mortinaissances à 28 semaines ou plus, et les décès de nouveau-nés de moins d'une semaine.

Source: Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, Ottawa, n° de catalogue 84-214-XPF.

au cours d'une même période, tandis que la mortalité périnatale est calculée pour toutes les naissances, y compris les mortinaissances (à 28 semaines ou plus) et les morts infantiles moins d'une semaine après la naissance.

Les différences dans les systèmes d'enregistrement, compliquant les comparaisons de mortalité infantile, incluent l'enregistrement inconstant d'enfants de moins de 1 000 g et des différences dans la classification de naissances vivantes ou de mortinaissances. Bien que l'Organisation mondiale de la santé recommande de restreindre les comparaisons internationales de mortalité infantile aux naissances vivantes de 1 000 g et plus, ce n'est pas devenu une pratique courante. Par exemple, les taux canadiens d'enregistrement de naissances vivantes de moins de 500 g sont beaucoup plus élevés que les taux observés dans certains pays de l'OCDE, mais pas aussi hauts qu'aux États-Unis.

Figure 78a. **Taux de mortalité infantile, périnatale et néonatale précoce, Canada, 1974–1996**

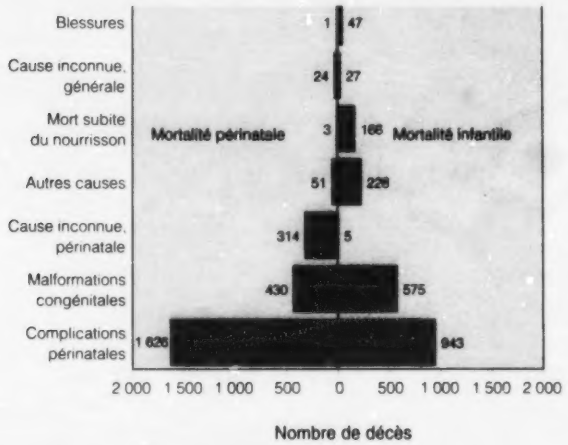


Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB ; *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Ouvrages de référence

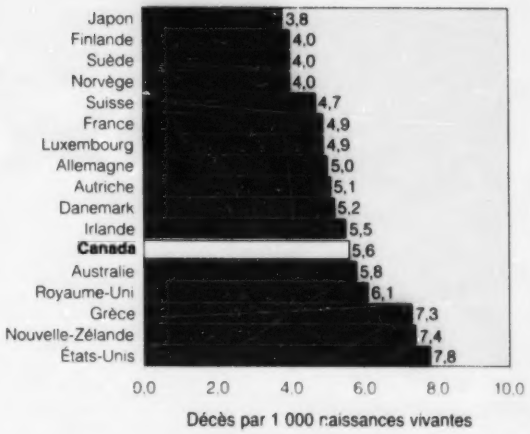
1. Bernier, L., *Guide d'utilisation des 40 indicateurs sociosanitaires*, Ottawa, Santé Canada, 1993.
2. Statistique Canada, « Naissances 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
3. Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.
4. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.
5. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé 1998, OCDE* (CD-ROM).

Figure 78b. **Mortalité périnatale et infantile, selon la cause, Canada, 1996**



Source: Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, Ottawa, n° de catalogue 84-214-XPF.

Figure 78c. **Taux de mortalité infantile, pays choisis de l'OCDE, 1996**



Source: Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 98* (CD-ROM) ; le taux canadien provient de Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, Statistique Canada, 1999, n° de catalogue 84-214-XPF.

Tableau 78 **Taux de mortalité infantile, périnatale et néonatale précoce, selon le sexe de l'enfant et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Taux de mortalité (décès par 1 000 naissances)		
	Infantile[a]	**Périnatale[b]**	**Néonatale[a]**
Total	**5,6**	**6,7**	**3,3**
Hommes	6,7	7,0	3,6
Femmes	5,5	6,3	3,0
Terre-Neuve	6,6	6,9	4,5
Île-du-Prince-Édouard	4,7	7,7	4,7
Nouvelle-Écosse	5,6	6,2	3,2
Nouveau-Brunswick	4,9	6,2	2,4
Québec	4,6	5,7	2,9
Ontario	5,7	7,2	3,4
Manitoba	6,7	7,6	3,8
Saskatchewan	8,4	7,1	4,5
Alberta	6,2	7,0	3,4
Colombie-Britannique	5,1	6,2	2,9
Yukon	#	4,5	#
Territoires du Nord-Ouest	12,2	7,6	2,6

Données supprimées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

[a] Pour 1 000 naissances vivantes.

[b] La catégorie périnatale comprend les mortinaissances à 28 semaines ou plus, et les décès de nouveau-nés de moins d'une semaine.

Source: Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, Ottawa, n° de catalogue 84-214-XPF.

79

Décès attribuables au tabagisme

Introduction

Malgré les reculs enregistrés au cours des 30 dernières années au chapitre de la fréquence du tabagisme et de la quantité moyenne de cigarettes fumées quotidiennement, plus de sept millions de Canadiennes et de Canadiens fument toujours (sujet 40), et risquent ainsi leur propre vie et la santé des personnes qui les entourent. Le cancer du poumon est le résultat le plus prévisible et le mieux connu du tabagisme ; il s'agit également du cancer le plus fréquent chez les hommes et de la principale cause de mortalité due au cancer chez les femmes. Le cancer du poumon est responsable à lui seul du tiers des décès attribuables au cancer chez les hommes et de plus du cinquième des décès attribuables au cancer chez les femmes (sujet 73). Le tabagisme est aussi un important facteur de risque de maladie coronarienne (sujet 74), une cause majeure d'hospitalisation (sujet 77) et de décès (sujet 84).

Décès attribuables au tabagisme

En tant que cause de décès prématuré, le tabagisme surpasse largement les répercussions combinées du suicide (sujet 81), des collisions de la route (sujet 63), du sida (sujet 71) et des meurtres (figure 79)[1]. On estime qu'il est responsable d'au moins le quart de tous les décès qui surviennent au Canada entre l'âge de 35 ans et de 84 ans[2] ; en 1991, plus de 45 000 décès étaient attribués au tabagisme[3].

Chez une cohorte hypothétique de 100 000 hommes et de 100 000 femmes faisant usage de la cigarette et âgés de 15 ans aujourd'hui, on s'attend à ce que plus de 20 000 hommes et plus de 12 000 femmes meurent avant l'âge de 70 ans en raison du tabagisme (tableau 79)[1]. Plus de la moitié de tous les décès prématurés (avant 70 ans) chez les fumeurs sont attribués à l'usage du tabac. Les principales causes de décès chez les fumeurs sont le cancer (41 p. 100 du total) et la maladie coronarienne (19 p. 100) (données non présentées).

Différences entre les groupes

Le tabagisme affecte autant les hommes que les femmes (tableau 79), mais les décès prématurés attribuables au tabagisme seront presque 80 p. 100 plus élevés pour les hommes que pour les femmes, étant donné que les hommes ont davantage tendance à fumer et à le faire de façon excessive (sujet 40). Cependant, puisque les taux d'usage du tabac convergent, cette différence entre les sexes est appelée à disparaître. Un exercice semblable mené à l'aide des données de 1990 révélait une différence entre les sexes de plus du double des décès attribuables au tabagisme[4]. Les taux d'incidence du cancer du poumon continuent à grimper chez les femmes et à diminuer chez les hommes (sujet 73).

Définitions et méthodes

Des tables de vie abrégées ont été mises au point pour calculer, chez les fumeurs et les non-fumeurs, les hypothèses de décès attribuables à diverses causes. Les risques relatifs sont basés sur la *CPS II Survey* de l'American Cancer Society, et les estimations de la prévalence sont tirées de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1996-1997[5] (voir le sujet 40). Les taux de mortalité spécifiques à l'âge, au sexe et à la cause pour 1996 ont été tirés de la *Base canadienne de données sur la mortalité* de Statistique Canada.

Ouvrages de référence

1. Ellison, L., H.I. Morrison, M. de Groh et P. Villeneuve, « Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour ». Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1998.

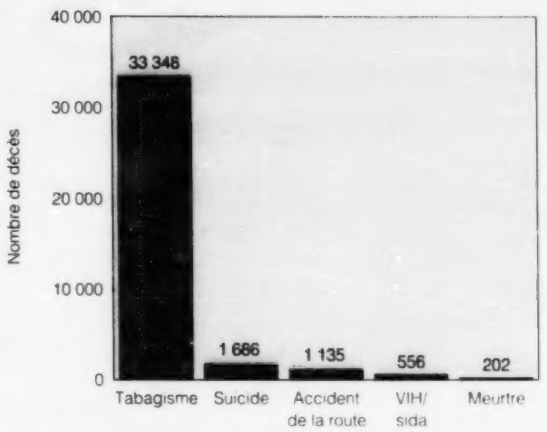
2. Collishaw, N.E. et K. Leahy, « Mortality attributable to tobacco use in Canada », *Revue canadienne d'hygiène publique*,1988, nº 79, p. 166-169.

3. Ellison, L.F., Y. Mao et L. Gibbons, « Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000 », *Maladies chroniques au Canada*, 1995, nº 16, p. 84-89.

4. Villeneuve, P. et H. Morrison, « Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, 1994, nº 15, p.102-104.

5. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.

Figure 79 **Causes futures des décès prématurés chez 100 000 fumeurs âgés de 15 ans, Canada, 1996**



Source: Ellison, L., H.I. Morrison, M. de Groh, P. Villeneuve, *Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour*, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1998.

Tableau 79 **Nombre prévu de décès avant l'âge de 70 ans, selon l'état de fumeur ou de non-fumeur et le sexe, au sein d'une population de 100 000 personnes de 15 ans, Canada, 1996–1997**

	Hommes		Femmes		Attribuables au tabac	
	Fumeurs	Non-fumeurs	Fumeurs	Non-fumeurs	Hommes	Femmes
Maladies liées à l'usage du tabac						
Maladie coronarienne	7 788	3 577	3 430	1 339	4 211	2 091
Autres cancers	6 725	4 738	5 659	458	1 987	5 201
Cancer du poumon	13 827	314	10 737	6 309	13 513	4 428
Bronchopneumopathie chronique obstructive	970	82	959	77	888	882
Autres causes choisies[a]						
Homicide	141	145	61	61	–	–
Accidents d'automobile	786	810	349	354	–	–
Suicide	1 303	1 343	380	385	–	–
VIH/sida	510	520	46	47	–	–
Toutes les causes	**36 812**	**16 295**	**23 529**	**12 067**	**20 746**	**12 602**

[a] Les décès estimés attribuables à d'autres causes étaient moins courants dans la cohorte de fumeurs que dans la cohorte des non-fumeurs en raison de la mortalité concurrente. Il est présumé que les mêmes risques s'appliquent, selon l'âge et le sexe, aux fumeurs et aux non-fumeurs.

Source: Ellison L., H.I. Morrison, M. de Groh, P. Villeneuve, *Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour*, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1998

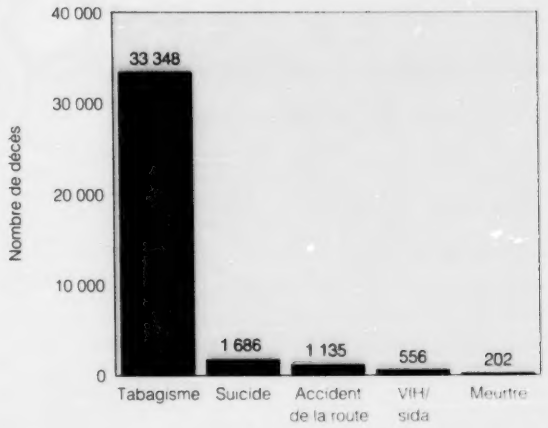
2. Collishaw, N.E. et K. Leahy, « Mortality attributable to tobacco use in Canada », *Revue canadienne d'hygiène publique*,1988, nº 79, p. 166-169.

3. Ellison, L.F., Y. Mao et L. Gibbons, « Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000 », *Maladies chroniques au Canada*, 1995, nº 16, p. 84-89.

4. Villeneuve, P. et H. Morrison, « Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, 1994, nº 15, p.102-104.

5. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, totalisations spéciales.

Figure 79 **Causes futures des décès prématurés chez 100 000 fumeurs âgés de 15 ans, Canada, 1996**



Source: Ellison, L., H.I. Morrison, M. de Groh, P. Villeneuve. *Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour*. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. 1998.

Tableau 79 **Nombre prévu de décès avant l'âge de 70 ans, selon l'état de fumeur ou de non-fumeur et le sexe, au sein d'une population de 100 000 personnes de 15 ans, Canada, 1996–1997**

	Hommes		Femmes		Attribuables au tabac	
	Fumeurs	Non-fumeurs	Fumeurs	Non-fumeurs	Hommes	Femmes
Maladies liées à l'usage du tabac						
Maladie coronarienne	7 788	3 577	3 430	1 339	4 211	2 091
Autres cancers	6 725	4 738	5 659	458	1 987	5 201
Cancer du poumon	13 827	314	10 737	6 309	13 513	4 428
Bronchopneumopathie chronique obstructive	970	82	959	77	888	882
Autres causes choisies[a]						
Homicide	141	145	61	61	–	–
Accidents d'automobile	786	810	349	354	–	–
Suicide	1 303	1 343	380	385	–	–
VIH/sida	510	520	46	47	–	–
Toutes les causes	**36 812**	**16 295**	**23 529**	**12 067**	**20 746**	**12 602**

[a] Les décès estimés attribuables à d'autres causes étaient moins courants dans la cohorte de fumeurs que dans la cohorte des non-fumeurs en raison de la mortalité concurrente. Il est présumé que les mêmes risques s'appliquent, selon l'âge et le sexe, aux fumeurs et aux non-fumeurs.

Source: Ellison L., H.I. Morrison, M. de Groh, P. Villeneuve, *Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour*. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1998

80

Décès attribuables à l'alcool

Introduction

Bien que les effets de l'alcool (sujet 42) sur la santé ou la vie, surtout s'il est consommé avec modération, n'en fassent pas un facteur de risque comparable au tabagisme (sujet 79), il comporte tout de même sa part de répercussions sociales (sujet 43) et d'effets néfastes sur la santé. Les effets directs sur la santé viennent de la consommation *chronique* d'alcool et incluent la maladie et la cirrhose du foie, certains troubles mentaux dus à l'alcool (sujet 76), l'empoisonnement, la gastrite et la myocardiopathie liée à l'alcool. Les décès dus à ces causes sont attribués à l'alcool à 100 p. 100[1]. L'effet le plus important de la consommation *aiguë* d'alcool est les collisions de la route (sujet 63), jugé effet indirect parce que « seulement » 45 p. 100 des décès qui en résultent sont attribuables à l'alcool[1]. En raison du grand nombre de décès et d'années potentielles de vie perdues que causent les collisions et les autres accidents (sujets 82 et 83), l'implication de l'alcool dans les accidents de la route est examinée en détail au présent chapitre. Le sujet 44 décrit la conduite avec facultés affaiblies.

Incidence des décès attribuables à l'alcool, 1996

En 1996, il y a eu 1 903 décès qu'on a estimés résulter *directement* de la consommation d'alcool. Ce taux a fluctué sans tendance précise depuis 1991 (figure 80a)[1,2]. En outre, parmi les quelque 2 000 conducteurs qui ont été tués en 1995, 43 p. 100 avaient bu et plus du tiers (35 p. 100) étaient légalement en état d'ébriété (tableau 80)[3]. Cependant, on a constaté une faible baisse depuis 1987 dans la proportion des conducteurs tués qui étaient *légalement en état d'ébriété*, et un accroissement, parmi ceux qui ont subi le test, de ceux qui avaient un taux nul d'alcoolémie (figure 80b)[3]. L'état d'ébriété légal chez les conducteurs tués variait considérablement selon le type de véhicule ; en 1995, les chauffeurs de camionnettes, de véhicules tout terrain et de motoneiges étaient deux fois plus susceptibles que les cyclistes ou les chauffeurs de poids lourds d'être en état d'ébriété légal au moment de leur décès (figure 80c)[3].

Différences entre les groupes

Parmi les conducteurs qui ont été mortellement blessés en 1995, les hommes étaient 65 p. 100 plus susceptibles que les femmes d'être en état d'ébriété légal (tableau 80). La concentration de l'état d'ébriété était particulièrement dense chez les 20 à 45 ans. Cela contraste avec la conduite avec facultés affaiblies déclarée, qui est la plus répandue chez les 18-19 ans mais ceci diminue avec l'âge (sujet 44).

Les taux d'alcoolémie indiquant l'état légal d'ébriété des conducteurs tués varie beaucoup d'une province à l'autre et d'un territoire à l'autre (tableau 80), allant de plus de la moitié des conducteurs de l'Île-du-Prince-Édouard (56 p. 100) au quart de ceux du Yukon (25 p. 100) et à aucun dans les Territoires du Nord-Ouest. Étant donné que ces résultats sont toutefois fondés sur les conducteurs qui *ont subi le test*, et comme les taux de test ne sont pas les mêmes dans tout le pays, il faut comparer avec prudence.

Définitions et méthodes

La mortalité attribuable directement à l'alcool est la somme des décès dus à la maladie chronique du foie et à la cirrhose, à la myocardiopathie éthylique, à l'empoisonnement éthylique, à la gastrite alcoolique et aux troubles mentaux liés à l'alcool[1]. Outre les collisions de la route, les causes *indirectes* de décès liées à l'alcool, notamment les meurtres, les chutes accidentelles, les décès par suite d'incendie, les noyades, les suicides, le cancer, les maladies respiratoires et circulatoires[1] ne sont pas incluses ici.

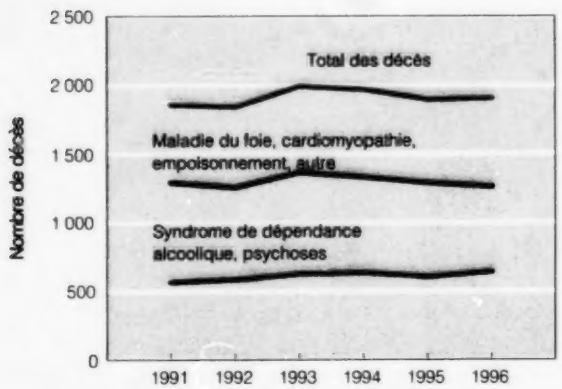
Comme nous l'avons mentionné, les résultats d'alcoolémie chez les conducteurs mortellement blessés se limitent à ceux qui ont subi le test. À l'échelle nationale, cela représente plus de 84 p. 100 de ces conducteurs. Les tests varient selon la province, de 75 à 79 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et au Québec, à 100 p. 100 dans les deux Territoires[3].

Il est illégal d'avoir une concentration d'alcool dans le sang supérieure à 80 mg p. 100.

Ouvrages de référence

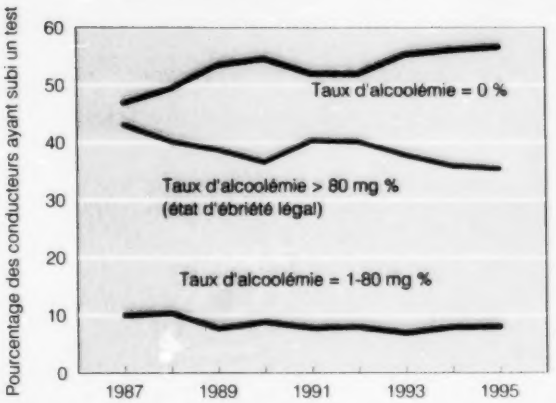
1. Single, E., A. MacLennan et P. MacNeil, *Horizons 1994: L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa , Santé Canada, et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, n° de catalogue H39-307/1994F, 1994.
2. Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil. Causes de décès*, totalisations spéciales.
3. Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada 1995. Ottawa, FRBRC, juin 1997.

Figure 80a **Décès directement attribuables à l'alcool, Canada, 1991–1996**



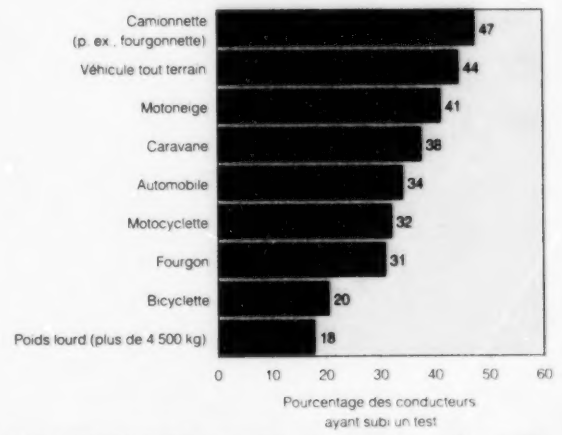
Sources: Single, E., A. MacLennan et P. MacNeil, *Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, no de catalogue H39-307/1994F, 1994 ; Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil. Causes de décès*, totalisations spéciales.

Figure 80b **Conducteurs mortellement blessés, selon le taux d'alcoolémie, Canada, 1987–1995**



Source: Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada 1995, Ottawa, FRBRC, juin 1997.

Figure 80c **Conducteurs en état d'ébriété* mortellement blessés, selon le type de véhicule, Canada, 1995**



* L'état d'ébriété signifie un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg p. 100.

Source: Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada, 1995, Ottawa, FRBRC, juin 1997.

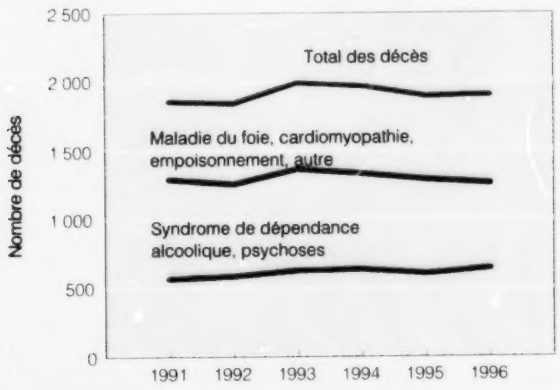
Comme nous l'avons mentionné, les résultats d'alcoolémie chez les conducteurs mortellement blessés se limitent à ceux qui ont subi le test. À l'échelle nationale, cela représente plus de 84 p. 100 de ces conducteurs. Les tests varient selon la province, de 75 à 79 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et au Québec, à 100 p. 100 dans les deux Territoires[3].

Il est illégal d'avoir une concentration d'alcool dans le sang supérieure à 80 mg p. 100.

Ouvrages de référence

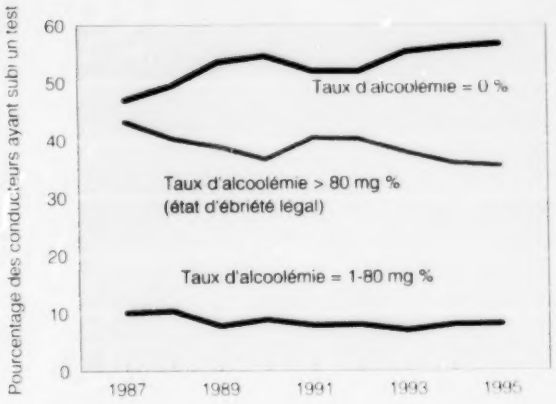
1. Single, E., A. MacLennan et P. MacNeil, *Horizons 1994: L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa , Santé Canada, et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, n° de catalogue H39-307/1994F, 1994.
2. Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil. Causes de décès*, totalisations spéciales.
3. Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada 1995. Ottawa, FRBRC, juin 1997.

Figure 80a **Décès directement attribuables à l'alcool, Canada, 1991–1996**



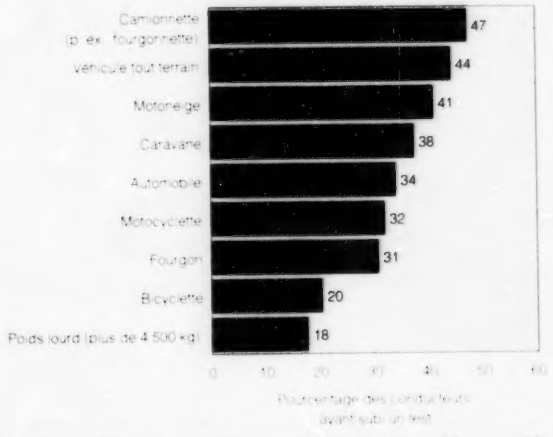
Sources: Single, E., A. MacLennan et P. MacNeil, *Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*. Ottawa, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, no de catalogue H39-307/1994F, 1994 ; Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil. Causes de décès*, totalisations spéciales.

Figure 80b **Conducteurs mortellement blessés, selon le taux d'alcoolémie, Canada, 1987–1995**



Source: Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada 1995, Ottawa, FRBRC, juin 1997.

Figure 80c **Conducteurs en état d'ébriété* mortellement blessés, selon le type de véhicule, Canada, 1995**



* L'état d'ébriété signifie un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg p. 100.

Source: Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada, 1995, Ottawa, FRBRC, juin 1997.

Tableau 80 Consommation d'alcool chez les conducteurs mortellement blessés, selon le sexe, l'âge et la province/territoire, Canada, 1995

	Nombre de conducteurs tués	Taux d'alcoolémie (mg %)[a]		
		0	1–80	>80
		(% des personnes ayant subi un test)[b]	(% des personnes ayant subi un test)[b]	(% des personnes ayant subi un test)[b]
Total, tous les âges	**1 924**	**57**	**8**	**35**
Hommes	1 537	53	8	38
Femmes	387	70	7	23
<16 ans	11	78	11	11
16 à 17 ans	66	73	6	21
18 à 19 ans	122	56	10	34
20 à 25 ans	319	42	12	47
26 à 35 ans	439	44	8	48
36 à 45 ans	319	51	6	43
46 à 55 ans	224	69	6	25
>55 ans	424	81	7	12
Terre-Neuve	11	70	0	30
Île-du-Prince-Édouard	12	44	0	56
Nouvelle-Écosse	67	49	11	40
Nouveau-Brunswick	70	54	7	39
Québec	465	56	8	37
Ontario	630	58	9	33
Manitoba	70	59	15	26
Saskatchewan	81	53	8	39
Alberta	225	66	5	30
Colombie-Britannique	287	49	8	33
Yukon	4	75	0	25
Territoires du Nord-Ouest	2	100	0	0

[a] À l'exclusion des conducteurs de bicyclette, de motoneige, de tracteur agricole et d'autres véhicules interdits sur l'autoroute.

[b] Pourcentage des conducteurs ayant subi un test - une moyenne de 84 p. 100 de tous les conducteurs mortellement blessés subissent un test.

Source: Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada, 1995, Ottawa, FRBRC, juin 1997.

81

Suicide

Introduction

Le suicide est une cause importante et évitable de mortalité (sujet 82) ainsi que d'années potentielles de vie perdues, surtout chez les jeunes (sujet 83). Des antécédents récents de troubles mentaux ou de toxicomanie[1] (sujets 42 à 45, et 80) comptent parmi nombre de facteurs que l'on associe, directement ou indirectement, au suicide[1].

Le présent chapitre traite de l'incidence du suicide au Canada. On y examine le nombre total de suicides et le taux de suicide par 100 000 habitants.

Incidence du suicide, 1996

En 1996, il y a eu 3 941 suicides au Canada – soit près de onze par jour. Le taux national de suicide était de 13 par 100 000 habitants (tableau 81)[2,3]. Le taux de suicide a monté en flèche de 1970 à 1978, passant de 11 à 15 par 100 000. Durant les années 1980, ce taux est demeuré relativement stable, oscillant entre 13 et 15 par 100 000, puis a de nouveau baissé à 13 par 100 000, où il est demeuré jusqu'en 1996 (figure 81a)[2].

Faute de données récentes, il n'y a pas de comparaisons internationales pour toutes les populations (mais voir ci-dessous pour le suicide chez les jeunes).

Différences entre les groupes

Les différences entre les sexes au chapitre des taux de suicide sont saisissantes. En 1996, les hommes étaient quatre fois plus susceptibles que les femmes de se suicider (tableau 81)[2,3], et des 3 941 suicides survenus cette année-là, 78 p. 100 ont été commis par des hommes. Le taux de suicide chez les hommes est demeuré considérablement plus élevé que chez les femmes de 1970 à 1996; les deux taux de suicide ont fléchi quelque peu depuis le début des années 1980, la baisse dans les taux étant un peu plus forte chez les hommes que chez les femmes (figure 81a)[2].

On observe des écarts d'âge entre les deux sexes pour ce qui est des taux de suicide. Le taux de suicide le plus élevé chez les hommes se trouve chez les 20 à 24 ans et les 35 à 44 ans, et chez les femmes, de 35 à 54 ans (tableau 81).

Comparativement à d'autres pays, on observe une forte concentration du nombre de suicides chez les jeunes, au Canada. En 1973, le Canada était le seul parmi 21 pays occidentaux où le taux de suicide chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans égalait ou surpassait celui de la population masculine générale. En 1987, seulement quatre autres pays présentaient les mêmes statistiques[1].

En 1991-1993, seules l'Australie et la Fédération russe, parmi 10 pays industrialisés, dépassaient le taux de suicide chez les jeunes Canadiens, le taux de suicide chez les Canadiennes était supérieur à celui de tous les autres pays sauf la Suède et la Fédération russe[4].

La figure 81b[2] illustre les tendances relatives aux taux de suicide chez les jeunes Canadiennes et Canadiens entre 1970 et 1996. Il y a eu une hausse constante et importante du taux de suicide dans le groupe des 15 à 19 ans, *qui a doublé de 1970 à 1983* (de 7 à 14 par 100 000). Le taux actuel de 13 par 100 000 est presque le double du taux enregistré en 1970. Cette hausse importante est entièrement attribuable aux hommes, car le taux de suicide chez les femmes de ce groupe d'âge a légèrement diminué au cours de cette période.

Le taux de suicide est plus élevé chez les jeunes de 20 à 24 ans que chez les 15 à 19 ans, mais les hausses enregistrées sont différentes de celles du jeune groupe. En effet, on a observé, à la fin des années 1970, une augmentation importante des taux de suicide chez les jeunes de 20 à 24 ans, suivie d'une baisse graduelle. Le taux de suicide chez ces derniers a légèrement diminué de 1993 à 1996 (de 16 ou 17 par 100 000) comparativement au taux de 18 par 100 000 enregistré entre 1989 et 1992 (figure 81b)[2]. Au cours des années

1990, il y a eu en moyenne presque 39 suicides par année chez les jeunes de 10 à 14 ans, une hausse par rapport à une moyenne de 27 suicides par année enregistrés pendant les années 1980. Dans ce groupe d'âge, également, le taux de suicide est nettement plus élevé chez les garçons que chez les filles[2].

Bien que les bases de données actuelles ne permettent pas un calcul précis des taux de suicide se rapportant aux populations autochtones du Canada, on estime que le risque de suicide chez les Indiens inscrits est deux fois et demie plus élevé que pour la population en général ; en outre, les écarts en fonction de l'âge et de la collectivité sont marqués[5]. Selon la Commission royale sur les peuples autochtones (1995), le taux de suicide dans les collectivités des Premières nations et des Inuit était nettement supérieur au taux national[6].

Il existe des différences provinciales importantes au regard des taux de suicide. C'est à Terre-Neuve (7 par 100 000) et en Ontario (10 par 100 000) que ces taux sont les moins élevés. Le taux s'établit également à 9 par 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard, bien qu'il n'y ait eu que 12 suicides au total. Les taux du Québec et de l'Alberta sont les plus élevés (20 et 16 par 100 000 respectivement). En fait, 37 p. 100 de tous les suicides ont été commis par des Québécois (tableau 81), malgré que la province ne compte que 24 p. 100 de la population canadienne. En 1996, les Territoires du Nord-Ouest affichent le taux de suicide le plus élevé au Canada (34 par 100 000) ; cependant, comme le nombre total des suicides dans ces Territoires peu peuplés n'est que de 23 (seulement 6 au Yukon), il faut interpréter ces données avec discernement (tableau 81)[2,3].

Parmi d'autres groupes présentant des risques élevés de suicide, il y a les personnes souffrant de dépression (sujet 75) et celles qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie (sujet 43). Selon certaines études, les gais et les lesbiennes sont, respectivement, jusqu'à six fois et deux fois plus susceptibles de faire des tentatives de suicide que les hommes et les femmes hétérosexuels non mariés[1]. L'abus sexuel des enfants peut également être un facteur de risque du suicide (sujet 10).

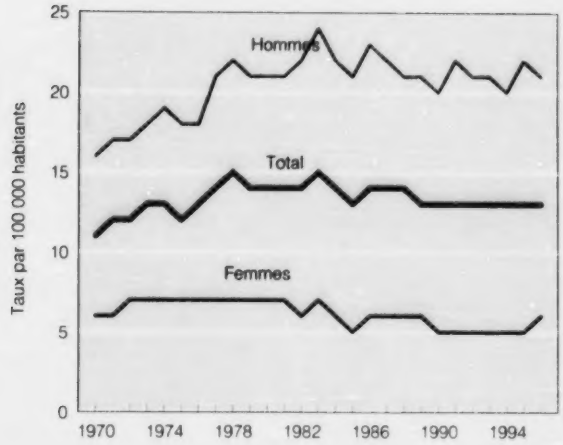
Définitions et méthodes

Les statistiques sur le suicide dépendent de l'exactitude de la cause indiquée sur le certificat de décès. En l'absence de preuve déterminante et de normes, beaucoup de coroners et de médecins ont peut-être tendance à inscrire une autre cause que le suicide sur le certificat officiel de décès, ce qui peut résulter en une sous-estimation du vrai taux de suicide. Ceci peut expliquer en partie les changements observés dans les tendances relatives aux taux de suicide canadien. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles les comparaisons internationales ne sont pas très fiables[1].

Ouvrages de référence

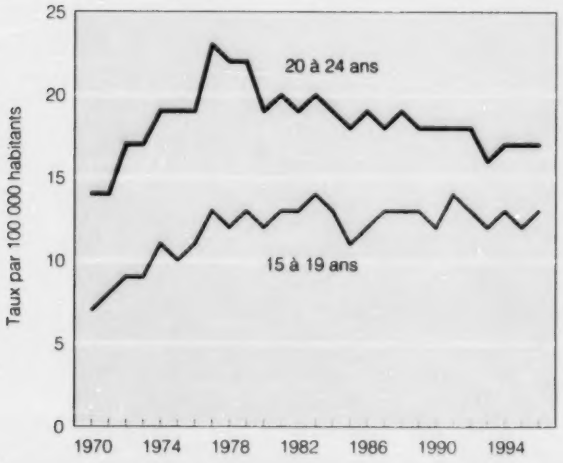
1. Santé Canada, *Le suicide au Canada : mise à jour du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, n° de catalogue H39-107/1995F.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.
3. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.
4. United Nations Children's Fund, Progress of Nations 1996, New York, UNICEF, 1996.
5. Mao, Y., B.W. Moloughney et R.M. Semenciw, « Indian reserve and registered Indian mortality in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 1992, n° 83, p. 350-353.
6. Leenaars, A.A., S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dick, M.J. Kral et R.C. Bland (sous la direction de), *Suicide in Canada*, University of Toronto Press, Toronto, 1998.

Figure 81a **Taux de suicide, selon le sexe, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Figure 81b **Taux de suicide chez les jeunes, selon l'âge, 15-24 ans, Canada, 1970–1996**



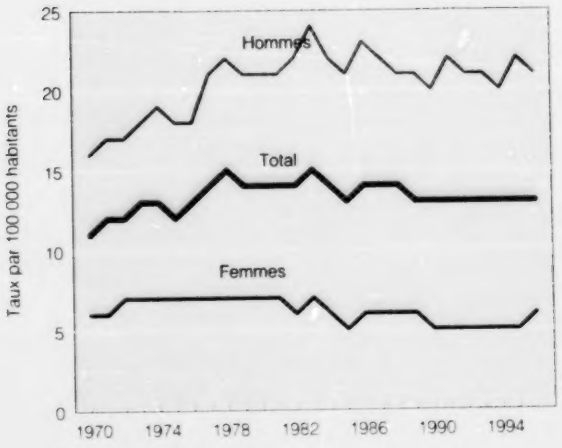
Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Tableau 81 **Le suicide, selon l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Nombre	Taux (par 100 000 habitants)
Total, tous les âges	**3 941**	**13,2**
Hommes	3 093	20,8
Femmes	848	5,6
Total, <14 ans	41	0,7
Hommes	32	1,1
Femmes	9	0,3
Total, 15 à 19 ans	231	11,5
Hommes	190	18,5
Femmes	41	4,2
Total, 20 à 24 ans	350	17,2
Hommes	300	29,0
Femmes	50	5,0
Total, 25 à 34 ans	767	14,5
Hommes	630	25,6
Femmes	137	5,7
Total, 35 à 44 ans	1 003	19,8
Hommes	760	30,0
Femmes	243	9,6
Total, 45 à 54 ans	704	18,4
Hommes	513	26,7
Femmes	191	10,0
Total, 55 à 64 ans	356	14,0
Hommes	273	21,7
Femmes	83	6,4
Total, 65 ans et +	489	13,4
Hommes	395	25,6
Femmes	94	4,5
Terre-Neuve	38	6,7
Île-du-Prince-Édouard	12	8,8
Nouvelle-Écosse	116	12,3
Nouveau-Brunswick	95	12,5
Québec	1 468	19,9
Ontario	1 087	9,7
Manitoba	118	10,4
Saskatchewan	139	13,7
Alberta	454	16,3
Colombie-Britannique	385	10,0
Yukon	6	19,1
Territoires du Nord-Ouest	23	34,4

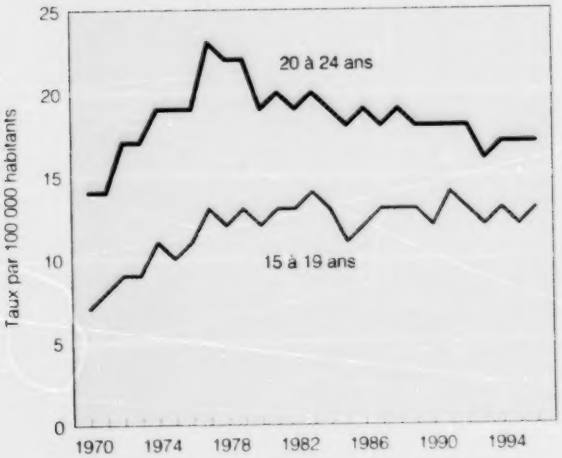
Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

Figure 81a **Taux de suicide, selon le sexe, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Figure 81b **Taux de suicide chez les jeunes, selon l'âge, 15-24 ans, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Tableau 81 **Le suicide, selon l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Nombre	Taux (par 100 000 habitants)
Total, tous les âges	**3 941**	**13,2**
Hommes	3 093	20,8
Femmes	848	5,6
Total, <14 ans	41	0,7
Hommes	32	1,1
Femmes	9	0,3
Total, 15 à 19 ans	231	11,5
Hommes	190	18,5
Femmes	41	4,2
Total, 20 à 24 ans	350	17,2
Hommes	300	29,0
Femmes	50	5,0
Total, 25 à 34 ans	767	14,5
Hommes	630	25,6
Femmes	137	5,7
Total, 35 à 44 ans	1 003	19,8
Hommes	760	30,0
Femmes	243	9,6
Total, 45 à 54 ans	704	18,4
Hommes	513	26,7
Femmes	191	10,0
Total, 55 à 64 ans	356	14,0
Hommes	273	21,7
Femmes	83	6,4
Total, 65 ans et +	489	13,4
Hommes	395	25,6
Femmes	94	4,5
Terre-Neuve	38	6,7
Île-du-Prince-Édouard	12	8,8
Nouvelle-Écosse	116	12,3
Nouveau-Brunswick	95	12,5
Québec	1 468	19,9
Ontario	1 087	9,7
Manitoba	118	10,4
Saskatchewan	139	13,7
Alberta	454	16,3
Colombie-Britannique	385	10,0
Yukon	6	19,1
Territoires du Nord-Ouest	23	34,4

Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB ; Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

82

Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge

Introduction

D'autres chapitres du *Rapport* ont décrit l'espérance de vie (sujet 84), le suicide (sujet 81), la mortalité infantile (sujet 78) ainsi que les décès attribuables au tabagisme (sujet 79) et à l'alcool (sujet 80). Dans le présent chapitre, nous examinons des données sur les *taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge* aussi appelés taux de mortalité normalisés. Cet indicateur permet d'établir des comparaisons relatives au nombre annuel de décès par 100 000 habitants entre divers groupes comme s'ils avaient tous la même structure d'âge. Cette normalisation est utile pour les comparaisons entre les sexes et les comparaisons provinciales ou territoriales, étant donné que la composition de la population selon l'âge diffère légèrement d'un groupe à l'autre (sujet 1).

Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge, 1996

En 1996, il y a eu 653 décès par 100 000 habitants au Canada (tableau 82)[1]. Les taux canadiens sont parmi les plus bas dans le monde industrialisé ; seuls la Corée du Sud, le Japon, l'Islande et la Suisse présentent des taux inférieurs (figure 82a)[2].

Les taux de mortalité les plus élevés sont ceux liés aux maladies cardiovasculaires (226 par 100 000) et à tous les cancers (185 par 100 000). Ces causes générales sont de loin les plus importantes, tandis que la maladie coronarienne (133 par 100 000) constitue la première cause spécifique de décès (figure 82b, voir aussi le sujet 74)[1]. Les taux de mortalité enregistrés pour la plupart des principales causes de décès ont diminué depuis 1970, surtout dans le cas de la maladie cardiaque en général et de la maladie coronarienne en particulier (figure 82c)[1]. L'accroissement des cancers constitue l'exception principale de cette tendance à l'amélioration, même si ceux-ci ont également régressé au cours des dernières années (voir également les sujets 73 et 79).

Différences entre les groupes

Les taux de mortalité de 1996 sont considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes et ce, dans chaque province et territoire: 836 contre 517 par 100 000 respectivement (tableau 82)[1], soit un rapport de 1,62:1. Les taux de décès relatifs aux hommes sont plus élevés dans les dix provinces et les deux Territoires (sauf en ce qui concerne le cancer des poumons au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest).

Dans l'ensemble, les taux de mortalité provinciaux diminuent, d'est en ouest, en 1996. Ils vont d'un sommet de 753 par 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard, à un plancher de 623 par 100 000 en Colombie-Britannique[1] – un écart de 21 p. 100 pour cet indicateur de base de l'état de santé. Les taux de mortalité sont nettement plus élevés dans les Territoires que dans les provinces, soit 887 par 100 000 au Yukon et 1 005 par 100 000 dans les Territoires du Nord-Ouest. Les hommes du Yukon affichent, et de loin, les taux de mortalité les plus élevés au Canada (1 665 par 100 000), tandis que les femmes du Yukon affichent les taux les plus faibles (421 par 100 000)[1]. Soulignons également les niveaux supérieurs à la moyenne des maladies respiratoires (surtout chez les hommes) observés à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et dans les deux Territoires, ainsi que de la maladie coronarienne et de l'accident cérébrovasculaire à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard, et du niveau inférieur à la moyenne au regard de la maladie coronarienne en Colombie-Britannique (tableau 82)[1].

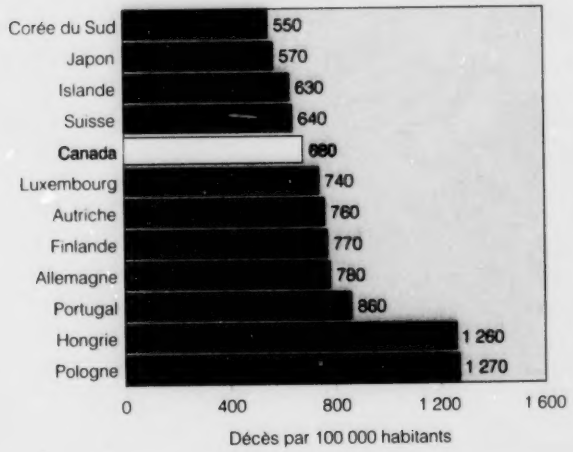
Définitions et méthodes

Les données présentées au tableau 82 et aux figures 82b et 82c sont basées sur les décès relatifs à des groupes d'âge donnés survenus en 1996, que Statistique Canada a calculés selon un taux par 100 000 habitants et normalisés en fonction de la population canadienne de 1991. Les valeurs présentées à la figure 82a correspondent à l'année 1994 et sont rajustées en fonction de la structure par âge de la population européenne. Puisque cette population est différente de celle du Canada, la valeur canadienne de la figure 82a est assez différente de celle qui est présentée ailleurs dans le présent chapitre. Ce rajustement s'impose pour établir ces comparaisons internationales.

Ouvrages de référence

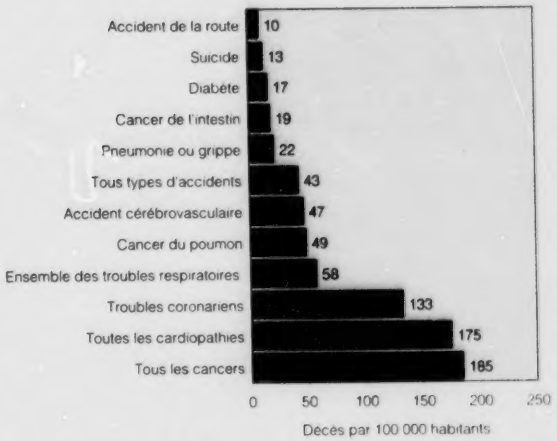
1. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.
2. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Figure 82a **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, pays choisis de l'OCDE, 1994**



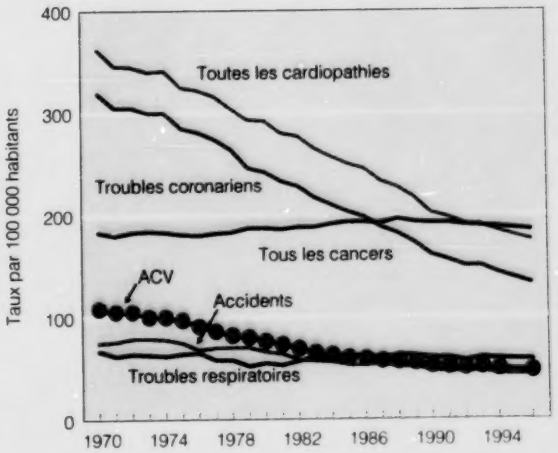
* Normalisés en fonction de la structure de la population européenne.
Source: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Figure 82b **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, selon la cause de décès, Canada, 1996**



* Toutes les valeurs sont normalisées en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.
Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalgoue 82-221-XCB.

Figure 82c **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, selon des causes choisies, Canada, 1970–1996**



* Toutes les valeurs sont normalisées en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.
Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

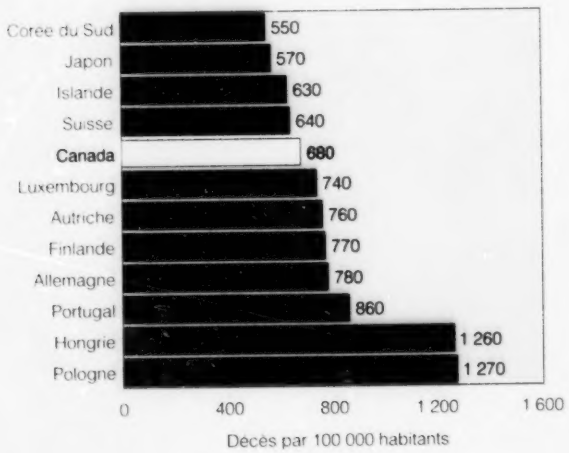
Définitions et méthodes

Les données présentées au tableau 82 et aux figures 82b et 82c sont basées sur les décès relatifs à des groupes d'âge donnés survenus en 1996, que Statistique Canada a calculés selon un taux par 100 000 habitants et normalisés en fonction de la population canadienne de 1991. Les valeurs présentées à la figure 82a correspondent à l'année 1994 et sont rajustées en fonction de la structure par âge de la population européenne. Puisque cette population est différente de celle du Canada, la valeur canadienne de la figure 82a est assez différente de celle qui est présentée ailleurs dans le présent chapitre. Ce rajustement s'impose pour établir ces comparaisons internationales.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.
2. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Figure 82a **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, pays choisis de l'OCDE, 1994**

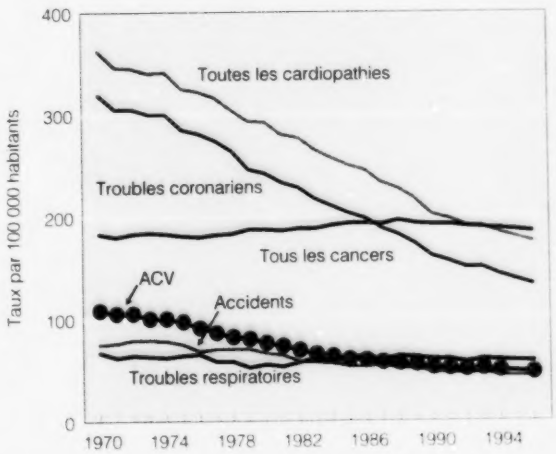


* Normalisés en fonction de la structure de la population européenne.
Source: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Figure 82b **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, selon la cause de décès, Canada, 1996**

* Toutes les valeurs sont normalisées en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.
Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalgoue 82-221-XCB.

Figure 82c **Taux de mortalité normalisés en fonction de l'âge*, selon des causes choisies, Canada, 1970–1996**



* Toutes les valeurs sont normalisées en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.
Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

Tableau 82 **Décès par 100 000 habitants (normalisés en fonction de l'âge*), selon la cause, la province ou le territoire et le sexe, Canada, 1996**

	Décès par 100 000 habitants										
	Total	Tous les cancers	Cancer du poumon	Cancer du sein	MCV[b]	Maladie coronarienne	ACV	Troubles respiratoires	Pneumonie grippe	Accidents	Suicides
Total	**653**	**185**	**49**	**–**	**226**	**133**	**47**	**58**	**22**	**43**	**13**
Hommes	836	231	72	0	288	184	51	82	29	63	21
Femmes	517	153	33	29	179	95	43	4	18	25	6
Terre-Neuve	710	189	50	–	281	165	62	50	18	36	7
Hommes	910	236	78	0	350	220	68	84	31	53	21
Femmes	562	159	28	28	225	122	56	30	11	19	1
Île-du-Prince-Édouard	753	207	57	–	277	165	63	76	41	45	9
Hommes	1 014	274	77	0	365	231	77	114	6	70	15
Femmes	559	158	45	24	207	110	52	55	29	21	3
Nouvelle-Écosse	700	210	58	–	233	134	42	68	28	46	12
Hommes	902	260	82	0	308	199	44	96	36	68	20
Femmes	550	176	40	30	176	85	41	51	23	24	4
Nouveau-Brunswick	680	193	55	–	236	127	44	59	18	42	12
Hommes	886	247	86	0	304	171	52	84	20	64	21
Femmes	528	156	33	33	186	94	38	43	16	22	4
Québec	666	203	61	–	220	135	41	56	16	49	19
Hommes	869	268	96	0	281	185	46	85	21	71	31
Femmes	514	158	35	29	173	96	38	39	12	27	8
Ontario	648	180	45	–	229	140	48	55	23	38	9
Hommes	823	223	63	0	290	191	52	78	30	53	15
Femmes	519	151	31	29	183	102	45	42	19	24	4
Manitoba	668	185	48	–	241	141	51	58	27	45	11
Hommes	841	220	63	0	309	197	57	82	37	67	18
Femmes	541	161	37	30	191	100	47	44	22	25	3
Saskatchewan	640	172	43	–	222	122	45	61	28	50	14
Hommes	829	214	58	0	291	176	50	91	37	73	24
Femmes	501	144	33	25	169	82	41	43	22	28	5
Alberta	639	174	42	–	233	127	49	58	22	53	16
Hommes	803	206	58	0	294	174	53	82	29	77	25
Femmes	515	154	32	29	185	92	45	42	18	30	8
Colombie-Britannique	623	166	45	–	207	112	48	61	26	41	10
Hommes	793	202	60	0	265	157	53	81	33	60	16
Femmes	495	142	35	26	164	79	45	49	22	23	4
Yukon	887	210	83	–	243	136	11	59	20	126	35
Hommes	1 665	248	69	0	478	230	0	152	62	271	83
Femmes	421	193	86	12	93	74	19	12	0	18	0
Territoires du Nord-Ouest	1 005	285	66	–	216	58	45	179	78	128	32
Hommes	1 117	311	45	0	296	122	49	170	85	152	55
Femmes	874	260	75	11	165	16	43	180	74	88	8

[a] Normalisés en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.

[b] Maladie cardiovasculaire : toutes les cardiopathies plus l'ACV et l'athérosclérose.

Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

83

Années potentielles de vie perdues

Introduction

L'élaboration de différentes mesures de l'état de santé permet d'examiner divers aspects de la santé ou de la maladie. Les « causes d'hospitalisation » (sujets 76 et 77) mettent en évidence les conditions qui exigent des ressources en matière de soins de santé ; les « causes de mortalité » (sujet 82) sont axées sur la durée de vie, tandis que « l'espérance de vie sans incapacité » met en relief la qualité de vie. L'examen des « années potentielles de vie perdues » (APVP) permet d'accorder une plus grande attention aux décès prématurés. L'attention portée sur les principales causes des APVP devrait contribuer largement à améliorer l'espérance de vie et l'état de santé en général.

Le présent chapitre traite des principales causes des APVP avant l'âge de 70 ans.

Années potentielles de vie perdues (APVP), 1996

En 1996, on a attribué plus d'un million d'APVP à l'ensemble des causes (tableau 83a)[1], les principales étant le cancer (30 p. 100 du total), les accidents (19 p. 100) et les maladies cardiovasculaires (13 p. 100).

Le cancer est la principale cause d'APVP depuis 1984. Il s'agit, avec les suicides, de la seule principale cause d'APVP ayant progressé depuis 1970 (figure 83a)[1]. Les APVP attribuables aux accidents affichent un recul considérable depuis 1979 ; les APVP attribuables à la maladie cardiaque ont aussi reculé graduellement depuis 1977 ; les troubles respiratoires et les accidents cérébrovasculaires ont ralenti et ont aussi moins contribué aux APVP au cours des deux dernières décennies.

Si on le compare aux autres pays de l'OCDE en 1995, le Canada vient au deuxième rang des pays industrialisés en ce qui concerne le taux d'APVP par 100 000 (avant l'âge de 70 ans), en excluant celles qui sont imputables au suicide (figure 83b)[2], pour lequel il est difficile d'établir des comparaisons avec d'autres pays (voir le sujet 81).

Différences entre les groupes

Malgré leur quasi-égalité dans la population, les hommes et les femmes ne se situent pas également à l'égard des APVP. En effet, les hommes accaparent 65 p. 100 des APVP en 1996. Cela est largement attribuable aux différences entre les sexes quant aux taux de maladies cardiovasculaires (sujet 74), de suicide (sujet 81) et d'accidents (sujet 82). Les APVP attribuables aux suicides se concentrent dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans, les APVP attribuables aux accidents, dans le groupe d'âge des 25 à 34 ans. Les APVP imputables au cancer et à la maladie cardiovasculaire sont plus importantes, dans le groupe des 45 à 64 ans (tableau 83).

On a accompli beaucoup de progrès au chapitre des APVP attribuables aux accidents parmi les jeunes Canadiennes et Canadiens, de 1970 à 1996 (figure 83c)[1]. Les améliorations ont été particulièrement marquées dans les groupes de 10 à 19 ans et, dans une moindre mesure, dans les groupes de 1 à 9 ans et de 20 à 24 ans.

En 1996, le nombre total d'APVP enregistrées dans les provinces ou les territoires se répartit selon des proportions presque identiques à celles des populations de chacun[3] (tableau 83a). On observe cependant trois exceptions. Toutefois, les années potentielles de vie perdue par 100 000 habitants varient grandement, d'un plancher de 3 453 en Ontario à un plafond de 7 695 dans les Territoires du Nord-Ouest. Les accidents dans les deux Territoires et le suicide dans les Territoires du Nord-Ouest sont de loin responsables de ce nombre élevé d'APVP (tableau 83b). Cela suggère que l'Ontario réussit assez bien à

retarder les décès, et que les décès prématurés sont plus courants dans les deux Territoires.

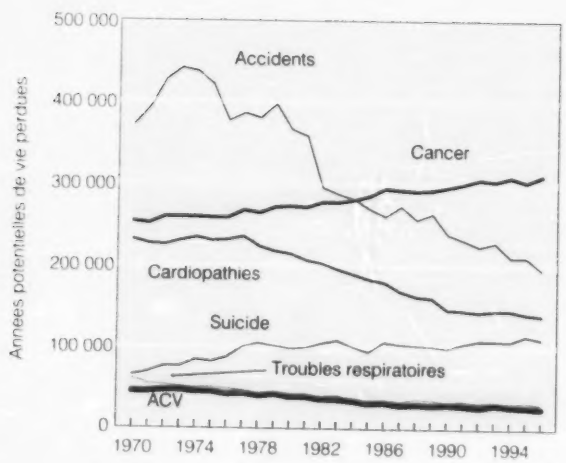
Définitions et méthodes

Les années potentielles de vie perdues sont calculées à partir des taux de mortalité de chaque groupe d'âge (sujet 82) ; les décès avant l'âge de 70 ans sont considérés comme « prématurés », ou comme des APVP.

Ouvrages de référence

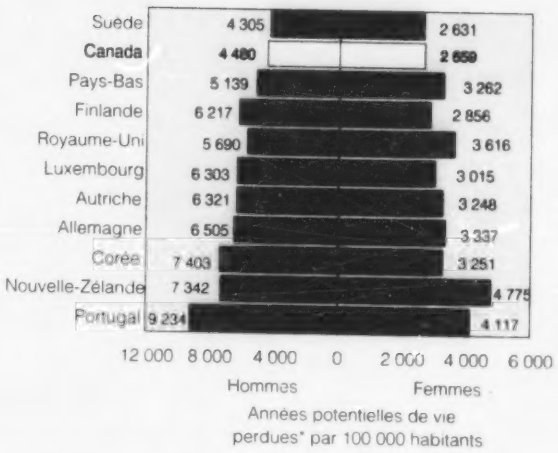
1. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.
2. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).
3. Statistique Canada, recensement 1996: Relevé de la population et de l'habitation, *Le Quotidien*, 15 avril 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Figure 83a **Années potentielles de vie perdues, selon la cause de décès, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

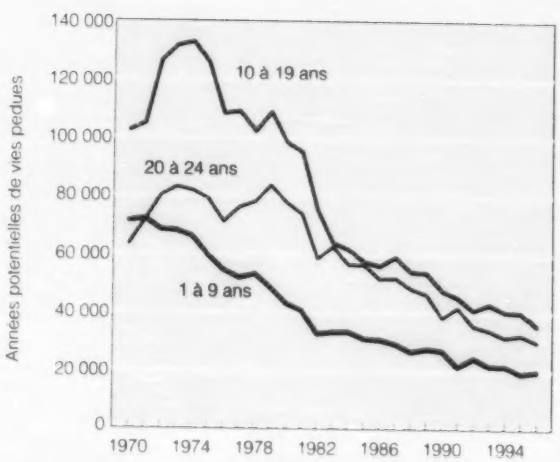
Figure 83b **Années potentielles de vie perdues, pays choisis de l'OCDE, population de 0 à 69 ans, 1995**



* Toutes les causes de décès sauf le suicide (par 100 000 habitants)

Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 98* (CD-ROM) ; les données du Canada se fondent sur les données de Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

Figure 83c **Années potentielles de vie perdues dans des accidents, selon l'âge, 1 à 24 ans, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, nº de catalogue 82-221-XCB.

retarder les décès, et que les décès prématurés sont plus courants dans les deux Territoires.

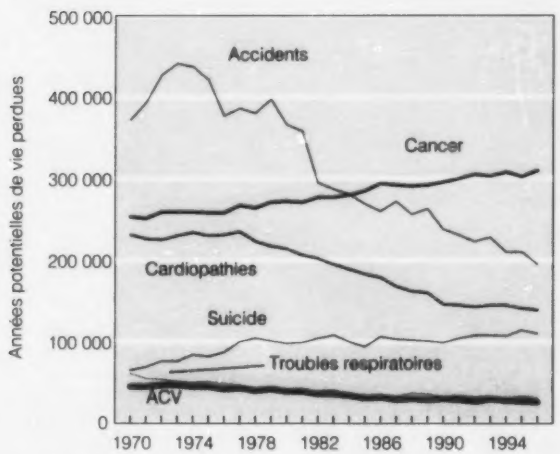
Définitions et méthodes

Les années potentielles de vie perdues sont calculées à partir des taux de mortalité de chaque groupe d'âge (sujet 82) ; les décès avant l'âge de 70 ans sont considérés comme « prématurés », ou comme des APVP.

Ouvrages de référence

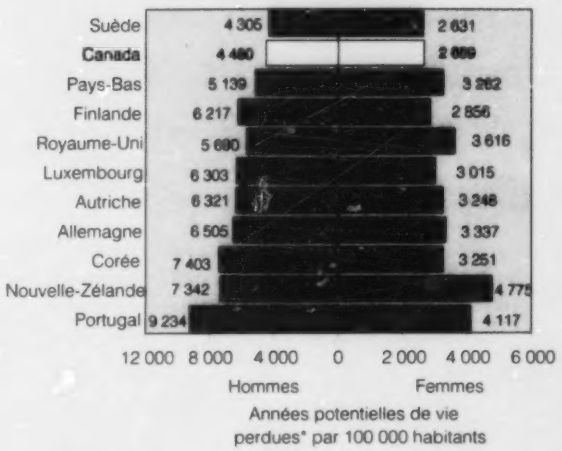
1. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.
2. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).
3. Statistique Canada, recensement 1996: Relevé de la population et de l'habitation, *Le Quotidien*, 15 avril 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Figure 83a **Années potentielles de vie perdues, selon la cause de décès, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

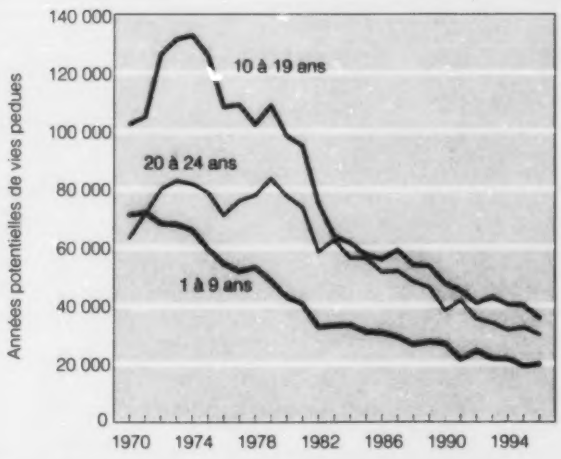
Figure 83b **Années potentielles de vie perdues, pays choisis de l'OCDE, population de 0 à 69 ans, 1995**



* Toutes les causes de décès sauf le suicide (par 100 000 habitants)

Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 98* (CD-ROM) ; les données du Canada se fondent sur les données de Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Figure 83c **Années potentielles de vie perdues dans des accidents, selon l'âge, 1 à 24 ans, Canada, 1970–1996**



Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Tableau 83a **Années potentielles de vie perdues, selon les principales causes de décès, l'âge, le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Années potentielles de vie perdues							
	Total	Néo-plasmes	Accidents	Suicide	Troubles Respi-ratoires	Cardio-pathies	ACV	Autres
Total, tous les âges	**1 043 952**	**310 468**	**195 229**	**110 210**	**31 167**	**138 813**	**25 604**	**232 464**
Hommes	678 069	154 888	143 652	87 585	18 640	103 694	13 498	156 114
Femmes	365 883	155 580	51 578	22 625	12 527	35 119	12 106	76 350
Total, 1 à 4 ans	30 887	4 690	9 849	0	2 144	1 005	201	12 998
Hommes	17 219	2 278	6 164	0	1 407	536	0	6 834
Femmes	13 668	2 412	3 685	0	737	469	201	6 164
Total, 5 à 9 ans	18 563	3 688	9 375	63	438	375	63	4 564
Hommes	9 875	2 000	5 250	63	313	313	0	1 938
Femmes	8 688	1 688	4 125	0	125	63	63	2 626
Total, 10 à 14 ans	19 493	3 565	6 498	2 300	518	633	115	5 866
Hommes	11 845	2 013	4 083	1 783	230	288	58	3 393
Femmes	7 648	1 553	2 415	518	288	345	58	2 473
Total, 15 à 19 ans	55 073	3 360	29 190	12 128	525	1 470	368	8 033
Hommes	38 325	2 153	20 265	9 975	368	735	210	4 620
Femmes	16 748	1 208	8 925	2 153	158	735	158	3 413
Total, 20 à 24 ans	64 220	4 893	30 020	16 625	903	1 188	380	10 214
Hommes	49 115	3 135	23 608	14 250	475	998	285	6 365
Femmes	15 105	1 758	6 413	2 375	428	190	95	3 849
Total, 25 à 34 ans	150 995	18 940	47 540	30 503	2 625	7 403	2 388	41 599
Hommes	108 718	9 106	37 760	25 071	1 633	4 803	988	29 361
Femmes	42 278	9 836	9 780	5 432	993	2 601	1 400	12 239
Total, 35 à 44 ans	214 315	57 161	36 721	30 203	3 900	22 353	5 105	58 876
Hommes	138 890	22 956	27 583	22 946	2 088	16 903	2 363	44 056
Femmes	75 425	34 205	9 138	7 258	1 813	5 451	2 743	14 821
Total, 45 à 54 ans	234 750	97 350	18 463	14 316	6 948	43 093	7 156	47 429
Hommes	144 675	45 881	13 785	10 408	4 171	34 398	3 716	32 321
Femmes	90 075	51 471	4 678	3 908	2 778	8 696	3 440	15 109
Total, 55 à 64 ans	206 643	95 880	6 630	3 686	9 813	48 728	7 435	34 474
Hommes	128 828	53 151	4 515	2 793	5 928	36 073	4 448	21 923
Femmes	77 816	42 731	2 115	893	3 886	12 656	2 988	12 551
Total, 65 à 69 ans	49 015	20 943	945	390	3 355	12 568	2 395	8 420
Hommes	30 580	12 220	640	300	2 030	8 650	1 433	5 308
Femmes	18 435	8 723	305	90	1 325	3 918	963	3 113
Terre-Neuve	19 235	6 130	3 882	1 158	380	3 448	558	3 682
Île-du-Prince-Édouard	4 627	1 513	1 018	228	175	810	183	702
Nouvelle-Écosse	34 235	11 288	6 968	3 043	1 237	5 257	573	5 871
Nouveau-Brunswick	26 030	7 969	5 095	2 705	528	4 213	588	4 934
Québec	278 363	86 779	46 978	42 833	7 566	37 861	7 029	49 319
Ontario	355 578	113 708	58 804	28 278	11 394	50 205	9 697	83 495
Manitoba	40 872	11 699	9 284	3 393	1 422	5 550	1 215	8 310
Saskatchewan	36 967	9 737	8 335	4 240	1 452	4 668	738	7 800
Alberta	99 033	25 010	24 571	13 463	3 170	12 070	2 153	18 598
Colombie-Britannique	142 938	35 753	28 157	9 728	3 665	14 353	2 730	48 553
Yukon	1 425	223	543	148	18	173	0	323
Territoires du Nord-Ouest	4 651	663	1 596	998	162	208	143	883

Source: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1999*, n° de catalogue 82-221-XCB.

Tableau 83b **Années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants (normalisées en fonction de l'âge), selon la cause, l'âge et le sexe, et la province/territoire, Canada 1996**

	Total	Néo-plasmes	Accidents	Suicide	Troubles Respiratoires	Cardio-pathies	ACV	Autres
Total, tous les âges	**3 804**	**1 098**	**746**	**417**	**113**	**491**	**91**	**848**
Hommes	4 962	1 110	1 088	660	137	737	97	1 133
Femmes	2 641	1 088	395	169	91	250	86	562
Total, 1 à 4 ans	1 949	296	622	0	135	63	13	820
Hommes	2 120	280	759	0	173	66	0	841
Femmes	1 770	312	477	0	95	61	26	798
Total, 5 à 9 ans	920	183	465	3	22	19	3	226
Hommes	956	194	508	6	30	30	0	188
Femmes	883	171	419	0	13	6	6	267
Total, 10 à 14 ans	970	177	323	114	26	31	6	292
Hommes	1 148	195	396	173	22	28	6	329
Femmes	782	159	247	53	29	35	6	253
Total, 15 à 19 ans	2 736	167	1 450	602	26	73	18	399
Hommes	3 703	208	1 958	964	36	71	20	446
Femmes	1 712	123	913	220	16	75	16	349
Total, 20 à 24 ans	3 194	243	1 493	827	45	59	19	508
Hommes	4 797	306	2 306	1 392	46	97	28	622
Femmes	1 531	178	650	241	43	19	10	390
Total, 25 à 34 ans	3 168	393	1 007	646	56	154	50	863
Hommes	4 519	375	1 587	1 050	68	196	41	1 201
Femmes	1 786	411	414	232	42	110	58	517
Total, 35 à 44 ans	4 287	1 144	734	604	78	447	102	1 177
Hommes	5 553	919	1 102	916	84	677	95	1 761
Femmes	3 018	1 369	366	290	73	218	110	593
Total, 45 à 54 ans	6 209	2 577	487	377	184	1 142	190	1 252
Hommes	7 668	2 436	728	549	221	1 826	197	1 710
Femmes	4 755	2 718	246	205	147	460	182	796
Total, 55 à 64 ans	8 135	3 774	260	144	388	1 920	293	1 356
Hommes	10 284	4 245	358	221	476	2 880	356	1 748
Femmes	6 044	3 316	164	69	303	985	232	975
Total, 65 à 69 ans	4 365	1 865	84	35	299	1 120	213	750
Hommes	5 738	2 292	120	56	381	1 624	269	995
Femmes	3 124	1 479	52	15	225	664	163	527
Terre-Neuve	3 721	1 152	759	224	77	663	110	737
Île-du-Prince-Édouard	3 687	1 189	829	188	144	642	138	557
Nouvelle-Écosse	3 983	1 264	860	367	147	592	64	689
Nouveau-Brunswick	3 736	1 126	758	394	77	589	82	711
Québec	4 032	1 192	735	660	108	521	98	717
Ontario	3 453	1 079	601	284	110	475	93	810
Manitoba	4 066	1 147	936	351	140	546	121	824
Saskatchewan	4 203	1 086	964	508	161	523	82	879
Alberta	3 943	1 009	963	529	129	492	86	735
Colombie-Britannique	3 986	960	828	279	102	385	75	1 357
Yukon	4 742	775	1 788	457	86	559	0	1 078
Territoires du Nord-Ouest	7 695	1 479	2 309	1 480	370	481	269	1 308

Note: On trouve de petites différences entre le total et la somme des colonnes parce qu'on a des nombres entiers.

[a] Normalisé en fonction de l'âge de la population canadienne de 1991.

Source: Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie. Calculé selon les *Indicateurs sur la santé 1999*, de Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, n° de catalogue 82-221-XCB.

84

Espérance de vie totale

Introduction

L'espérance de vie a longtemps été considérée comme un indicateur de base fiable de la santé générale de la population, mais on l'a souvent critiquée parce qu'elle était trop axée sur la « quantité de vie » et pas suffisamment sur la « qualité de vie ». Néanmoins, elle permet d'établir des comparaisons fiables dans le temps et entre les provinces et Territoires. On l'utilise aussi conjointement avec d'autres mesures comme les années potentielles de vie perdue (sujet 83) et l'espérance de vie sans incapacité, bien qu'on ne dispose pas toujours de cette dernière (on ne l'a pas calculée depuis 1991).

Espérance de vie, 1996

Selon les tendances actuelles relatives à la mortalité, un enfant canadien né en 1996 peut s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 78,6 ans (tableau 84)[1,2]. Il s'agit d'un nouveau sommet (figure 84a)[2,3], en grande partie attribuable à la baisse des taux de mortalité attribués aux principales causes de décès (sujet 82).

En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes combinés, le Canada se classe au troisième rang parmi douze pays choisis de l'OCDE (figure 84b)[3,4], derrière la Suisse et le Japon. Ce classement est nettement supérieur à celui de la mortalité infantile (sujet 78).

Différences entre les groupes

Dans tous les groupes d'âge, les femmes affichent une plus grande espérance de vie totale que les hommes (tableau 84), bien que l'avance de 5,7 ans qu'elles possèdent à la naissance ne soit plus que de 2,6 années à l'âge de 75 ans[2]. Quant à l'espérance de vie à la naissance, l'écart entre les deux sexes continue de se rétrécir : il est passé de 7,5 ans en 1978, à 5,9 ans en 1995, et à 5,7 ans, en 1996 (figure 84a)[2,3].

L'espérance de vie totale augmente avec l'âge ; ainsi, une personne âgée de 35 ans en 1996 peut s'attendre à vivre 45 ans de plus, soit jusqu'à l'âge de 80 ans ; une personne âgée de 50 ans, 31 ans de plus, soit jusqu'à l'âge de 81 ans ; et une personne de 65 ans, 18,4 ans de plus, soit jusqu'à l'âge de 83,4 ans (tableau 84)[1,2].

En 1996, la plupart des provinces affichent la même espérance de vie pour les deux sexes réunis, soit 78 ans (tableau 84)[1,2]. Elle est légèrement inférieure à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, soit 77 ans ; à 79 ans, la Colombie-Britannique affiche l'espérance de vie la plus longue. Les deux Territoires affichent une espérance de vie inférieure à celle des provinces. En 1996, l'espérance de vie dans le groupe des 65 ans et plus est semblable dans les provinces et les Territoires.

Définitions et méthodes

Les données proviennent des renseignements obtenus auprès de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, et comprennent des données publiées et non publiées.

L'espérance de vie est basée sur les taux actuels de décès et reflète le nombre d'années qu'un individu d'un certain âge peut s'attendre à vivre si les taux actuels continuent de s'appliquer.

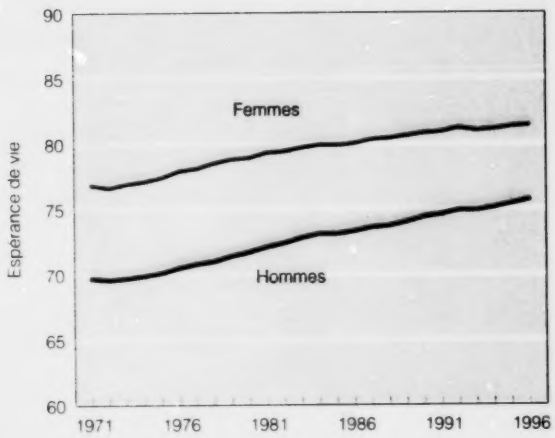
Toute comparaison à l'échelle internationale doit être effectuée avec discernement, étant donné que les pays ne calculent pas l'espérance de vie de la même façon.

Ouvrages de référence

1. Statistique Canada, *Recueil des statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, 1999, nº de catalogue 84-214-XPF.
2. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

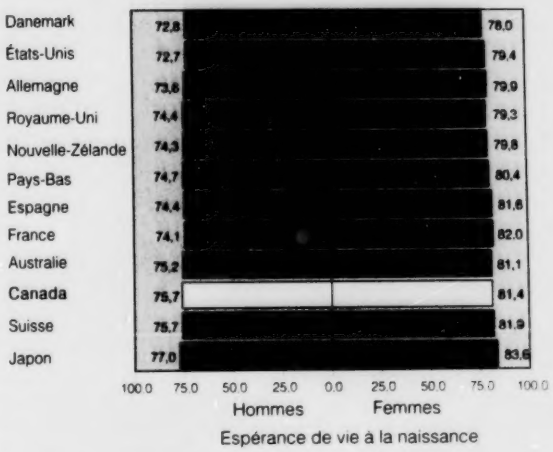
3. Statistique Canada, « Les décès en 1996 », *Le Quotidien*, le 16 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
4. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Figure 84a. **Espérance de vie à la naissance, Canada, 1971–1996**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales ; et Décès 1996, *Le Quotidien*, 16 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF.

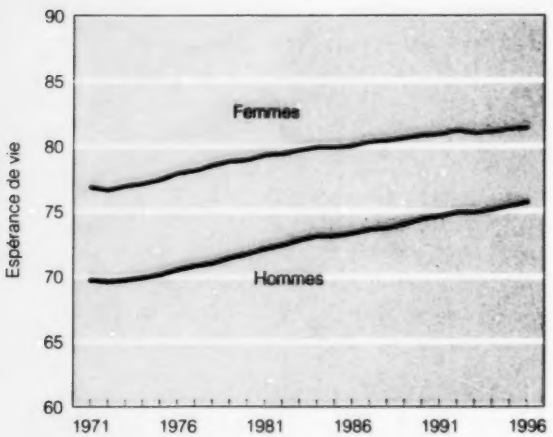
Figure 84b. **Espérance de vie à la naissance, pays choisis de l'OCDE, 1996**



Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, Eco-Santé OCDE (CD-ROM) ; Statistique Canada, « Décès 1996 », *Le Quotidien*, 16 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF.

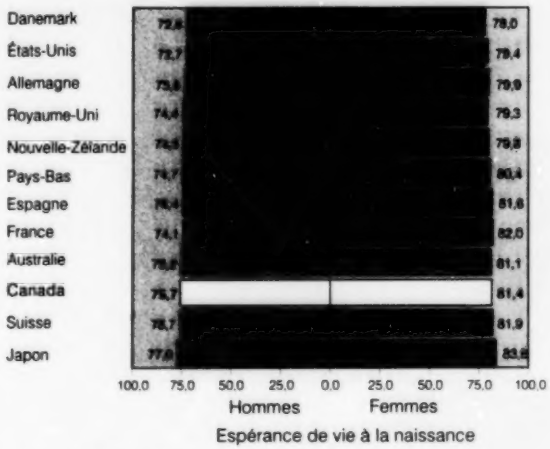
3. Statistique Canada, « Les décès en 1996 », *Le Quotidien*, le 16 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.
4. Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Figure 84a **Espérance de vie à la naissance, Canada, 1971–1996**



Sources: Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales ; et Décès 1996, *Le Quotidien*, 16 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF.

Figure 84b **Espérance de vie à la naissance, pays choisis de l'OCDE, 1996**



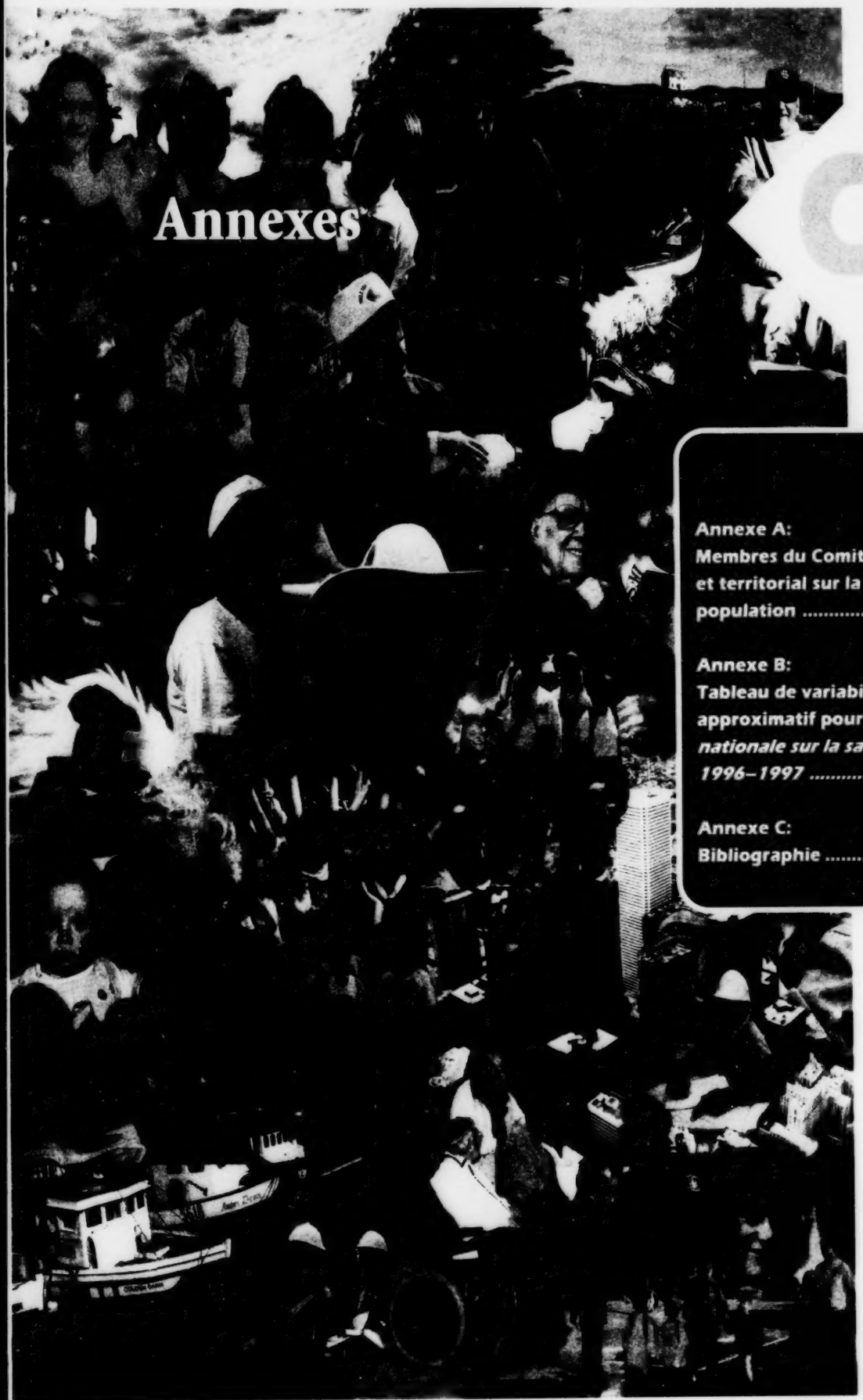
Sources: Organisation de coopération et de développement économiques, Eco-Santé OCDE (CD-ROM) ; Statistique Canada, « Décès 1996 », *Le Quotidien*, 16 avril 1998, n° de catalogue 11-001-XIF.

Tableau 84 **Espérance de vie totale (années) à des âges donnés, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 1996**

	Espérance de vie (années)		
	Total	Hommes	Femmes
0 an	**78,6**	**75,7**	**81,4**
1 an	78,0	75,2	80,8
5 ans	74,1	71,3	76,9
10 ans	69,2	66,3	72,0
15 ans	64,2	61,4	67,0
20 ans	59,4	56,6	62,1
25 ans	54,6	51,9	57,2
30 ans	49,8	47,1	52,3
35 ans	45,0	42,4	47,4
40 ans	40,2	37,7	42,6
45 ans	35,6	33,1	37,9
50 ans	31,0	28,5	33,2
55 ans	26,5	24,2	28,7
60 ans	22,3	20,1	24,3
65 ans	18,4	16,3	20,2
70 ans	14,8	13,0	16,3
75 ans	11,6	10,1	12,7
80 ans	8,8	7,6	9,6
85 ans	6,6	5,7	7,0
90 ans	4,9	4,4	5,1
À la naissance			
Terre-Neuve	77,7	75,0	80,5
Île-du-Prince-Édouard	77,2	73,9	80,7
Nouvelle-Écosse	77,8	74,9	80,7
Nouveau-Brunswick	78,2	75,2	81,2
Québec	78,4	75,2	81,5
Ontario	78,9	76,1	81,4
Manitoba	78,2	75,5	80,8
Saskatchewan	78,4	75,5	81,4
Alberta	78,7	76,0	81,3
Colombie-Britannique	79,0	76,1	81,9
Yukon	76,1	72,3	84,7
Territoires du Nord-Ouest	72,7	69,9	75,8
À 65 ans			
Terre-Neuve	17,4	15,3	19,5
Île-du-Prince-Édouard	17,1	14,7	19,3
Nouvelle-Écosse	17,8	15,7	19,6
Nouveau-Brunswick	18,0	15,7	20,0
Québec	18,3	16,0	20,3
Ontario	18,3	16,3	20,0
Manitoba	18,3	16,4	19,9
Saskatchewan	18,8	16,7	20,8
Alberta	18,7	16,8	20,4
Colombie-Britannique	18,9	17,1	20,5
Yukon	15,9	12,9	24,0
Territoires du Nord-Ouest	15,8	14,8	16,6

Sources: Statistique Canada, *Recueil de statistiques sur la santé et l'état civil 1996*, automne de 1998, nº de catalogue 84-214-XPF ; et Division des statistiques sur la santé, totalisations spéciales.

Annexes



Annexe A:
Membres du Comité fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population **349**

Annexe B:
Tableau de variabilité d'échantillonnage approximatif pour le Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997* **354**

Annexe C:
Bibliographie **356**

Membres du comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population

Cecilie Lord (Présidente)
Sous-ministre adjointe
Health Strategies Division
Alberta Health
10025 avenue Jasper, 24e étage
Edmonton, Alb. T5J 2N3

Ian Potter (Vice-président)
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la promotion
et des programmes de la santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pièce A1614, 16e étage
Pré Tunney (LA1916A)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Beverly Clarke (Terre-Neuve)
Sous-ministre adjointe de santé communautaire
Department of Health & Community Services
Rez-de-chaussée, Immeuble de l'Ouest
Immeuble de la Confédération
Promenade du Prince Philip
Boîte postale 8700
St-John's, T.-N. A1B 4J6

Carole Dilworth (Nouveau-Brunswick)
Directrice
Analyse et évaluation de programme
Ministère de la Santé et des Services communautaires
7e étage, Place Carleton
520 rue King
Boîte 5100
Fredericton, N.-B. E3B 5G8

Debra Keays (Nouvelle-Écosse)
Directrice
Public Health and Health Promotion
Department of Health
Immeuble Joseph Howe
1690 rue Hollis, 11e étage
Boîte postale 488
Halifax, N.-É. B3J 2R8

Teresa Hennebery (Î.-P.-É.)
Directrice, Public Health and Evaluation
Department of Health and Social Services
11 rue Kent
Boîte postale 2000
Charlottetown, Î.-P.-É. C1A 7N8

Docteur Richard Massé (Québec)
Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec, Qué. G1S 2M1

Docteur Colin D'Cunha (Ontario)
Médecin chef et directeur
Direction générale de la Santé publique
Ministère de la Santé de l'Ontario
5700 rue Yonge, 8e étage
Toronto, Ont. M2M 4K5

Sue Hicks (Manitoba)
Sous-ministre adjointe
Programmes et opérations externes
Santé Manitoba
599 rue Empress, 2e étage
Winnipeg, Man. R3C 2T6

Marlene Smadu (Saskatchewan)
Sous-ministre adjointe
Saskatchewan Health
Immeuble T.C. Douglas
3475 rue Albert
Regina, Sask. S4S 6X6

Barbara Hansen (Alberta)
Senior Strategy Lead
Population Health Strategies Branch
Plaza Telus, Tour Nord, 23e étage
Boîte postale 1360, Bureau principal
10025 avenue Jasper
Edmonton, Alb. T5J 2N3

Docteur Perry Kendall (C.-B.)
Provincial Health Officer
Ministry of Health
1810 rue Blanshard, 3e étage
Victoria, C.-B. V8V 1X4

Ron Pearson (Territoire du Yukon)
Directeur, Programmes de santé
Government of Yukon
2 chemin de l'Hôpital
Whitehorse, Yukon Y1A 3H8

Docteur André Corriveau (T.N.-O.)
Directeur
Population Health
Northwest Territories Department of
Health and Social Services
5022 - 49e rue
Tour Centre Square, 6e étage
Boîte postale 1320
Yellowknife, T.N.-O. X1A 2L9

Janet Braunstein-Moody (Nunavut)
Directrice des politiques et de la planification
Nunavut Department of Health and
Social Services
Boîte 800
Iqualuit, Nunavut X0A 0H0

Docteur Clyde Hertzman (Représentant non-gouvernemental)
Department of Health Care
and Epidemiology
University of British Columbia
Immeuble Mather
5804 avenue Fairview
Vancouver, C.-B. V6T 1Z3

Docteur David Kinloch (Représentant non-gouvernemental)
Consultant and Policy Researcher
5018, 49e rue, 1703 Northern Heights
Yellowknife, T.N.-O. X1A 3R6

Docteur Ralph Nilson (Représentant non-gouvernemental)
Doyen
Faculty of Physical Activity Studies
Pièce 109.1 CAP
Université de Régina
3737 Promenade Wascana
Regina, Sask. S4S 0A2

Craig Shields (Représentant non-gouvernemental)
Consultant in Health and Social Services
Human Services Consultants
33, Cricklewood Crescent
Thornhill, Ont. L3T 4T8

Docteur Bryce Larke (Co-président, F/P/T sida)
Provincial Medical Consultant
HIV/AIDS/Hepatitis
Disease Control and Prevention
Alberta Health
23e étage
Plaza Telus, Tour Nord
10025 avenue Jasper
Boîte postale 1360, Bureau principal
Edmonton, Alb. T5J 2N3

Docteur Tariq Bhatti (Santé Canada)
Directeur
Division du développement
de la santé de la population
Direction de la santé de la population
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1908C1)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Observateur

Gary Catlin
Directeur
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
18e étage, Section F
Immeuble R.H. Coats
Pré Tunney
Ottawa, Ont. K1A 0T6
Secrétariat

Julie Pigeon
Gérante de programme
Section du développement et de
l'administration de projet
Division du développement
de la santé de la population
Direction de la santé de la population
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1908C1)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Pierre Génier
Gérant
Section du développement et de
l'administration de projet
Division du développement
de la santé de la population
Direction de la santé de la population
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1908C1)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Groupe de travail du CCSP : Rapport sur la santé de la population canadienne

Docteur Shaun Peck (Co-président, depuis décembre 1998)
Deputy Provincial Health Officer
Ministry of Health
1810 rue Blanshard, 3e étage
Victoria, C.-B. V8V 1X4

Kim Elmslie (Co-présidente, depuis décembre 1998)
Directrice intérimaire
Programme national de recherche et de développement en matière de santé
Direction générale de l'information de l'analyse et de la connectivité
Santé Canada
Pièce A1513, Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1915A)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Hope Beanlands
Coordonnatrice
Public Health Enhancement
Public Health and Health Promotion
Department of Health
Immeuble Joseph Howe
1690 rue Hollis, 11e étage
Boîte postale 488
Halifax, N.-É. B3J 2R8

Madeleine Levasseur
Agente de recherche
Direction générale de la Santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
201, Crémazie est, 3e étage
Montréal, Qué. H2M 1L2

Docteur Jamie Blanchard
Épidémiologiste provincial
Santé Manitoba
800 avenue Portage, 4e étage
Winnipeg, Man. R3G 0N4

Randy Passmore
Senior Policy Analyst
Policy and Planning Branch
Saskatchewan Health
3475 rue Albert
Regina, Sask. S4S 6X6

Docteur Stephan Gabos
Senior Team Leader
Health Surveillance Branch
Alberta Health
10025 avenue Jasper, 9e étage
Edmonton, Alb. T5J 2N3

Docteur Clyde Hertzman
Department of Health Care and Epidemiology
University of British Columbia
Immeuble Mather
5804 avenue Fairview
Vancouver, C.-B. V6T 1Z3

Craig Shields
Consultant in Health and Social Services
Human Services Consultants
33, Cricklewood Crescent
Thornhill, Ont. L3T 4T8

Docteur John Millar (Président, jusqu'à décembre 1998)
Vice-président
Institut canadien d'information sur la santé
377 rue Dalhousie, suite 200
Ottawa, Ont. K1N 9N8

Serge Taillon
Directeur, Planification et communications
Institut canadien d'information sur la santé
377 rue Dalhousie, suite 200
Ottawa, Ont. K1N 9N8

Gary Catlin
Directeur
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
18e étage, Section F
Immeuble R.H. Coats
Pré Tunney
Ottawa, Ont. K1A 0T6

Docteur Gregory Sherman
Conseiller scientifique principal
Unité d'analyse en santé
Direction des programmes de santé
des Premières nations et des Inuit
Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Pièce 2099D, Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1920D)
Ottawa, Ont. K1A 0L3

Rachel Moore
Chef
Unité de surveillance des dépenses en santé
Bureau des opérations, planification et politiques
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada
Immeuble LCDC
Pré Tunney (LA 0602D)
Ottawa, Ont. K1A 0L2

Monique de Groot
Gérante de programme principale
Division du développement
de la santé de la population
Direction de la santé de la population
Direction générale de la promotion et des
programmes de la santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1908CI)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Secrétariat

Carol Silcoff
Gérante, Section du développement
et de l'analyse de la recherche
Programme national de recherche et de
développement en matière de santé
Direction générale de l'information,
de l'analyse et de la connectivité
Santé Canada
Pièce D 1596, Immeuble Jeanne Mance
Pré Tunney (LA1915A)
Ottawa, Ont. K1A 1B4

Anciens membres

Docteur Peter Barss
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Docteure Maureen Carew
Santé Canada

Docteur Paul Gully
Santé Canada

Docteure Hilary Robinson
Santé Canada

Linda Senzilet
Santé Canada

Odette Laplante
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

B

Annexe

Tableau de variabilité d'échantillonnage approximatif pour le Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997*

Notes concernant l'utilisation des tableaux de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* dans le Rapport statistique

Pour confirmer la parution des données

Les tableaux de ce *Rapport* statistique basés sur des données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* ont été révisés pour leur fiabilité, établis sur les tailles des échantillons. On peut se servir des coefficients de variation (CV) du tableau ci-dessous pour des vérifications de fiabilité plus approfondies des données canadiennes (non provinciales), en utilisant les critères suivants:

- CV = 16,6–33,3 p. 100 : variabilité moyenne d'échantillonnage ; interprétez avec soin.
- CV ≥ 33,3 p. 100 : on ne devrait pas se servir des données à cause de la forte variabilité d'échantillonnage.

Pour calculer les limites de confiance à 95 p. 100

Les valeurs de coefficient représentent une erreur standard (ES), exprimée comme une proportion du pourcentage d'intérêt (% estimé XCV); ainsi, l'intervalle de confiance approximatif à 95 p. 100 pour tout pourcentage estimé est de (X% ± 2ES). On se sert de ces limites pour comparer la signification statistique de deux pourcentages au niveau canadien (par exemple les sexes ou les groupes d'âge). On ne peut s'en servir pour comparer les provinces parce qu'on a besoin de tableaux de CV différents[1].

Ouvrage de référence

1. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-97*, Microfiches pour usage public. Ottawa, 1998, nº de catalogue 82M0009XCB.

Tableau de variabilité d'échantillonnage approximatif pour le Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-97*

Numérateur du pourcentage	Pourcentage estimé													
(en milliers)	0,1 %	1,0 %	2,0 %	5,0 %	10,0 %	15,0 %	20,0 %	25,0 %	30,0 %	35,0 %	40,0 %	50,0 %	70,0 %	90,0 %
1	122,7	122,2	121,6	119,7	116,5	113,2	109,8	106,4	102,8	99,0	95,1	86,8	67,3	38,8
2	86,8	86,4	86,0	84,6	82,4	80,1	77,7	75,2	72,7	70,0	67,3	61,4	47,6	27,5
3	70,9	70,5	70,2	69,1	67,3	65,4	63,4	61,4	59,3	57,2	54,9	50,1	38,8	22,4
4	61,4	61,1	60,8	59,9	58,3	56,6	54,9	53,2	51,4	49,5	47,6	43,4	33,6	19,4
5	54,9	54,6	54,4	53,5	52,1	50,6	49,1	47,6	46,0	44,3	42,5	38,8	30,1	17,4
6	50,1	49,9	49,6	48,9	47,6	46,2	44,8	43,4	41,9	40,4	38,8	35,5	27,5	15,9
7	46,4	46,2	46,0	45,2	44,0	42,8	41,5	40,2	38,8	37,4	36,0	32,8	25,4	14,7
8	43,4	43,2	43,0	42,3	41,2	40,0	38,8	37,6	36,3	35,0	33,6	30,7	23,8	13,7
9	40,9	40,7	40,5	39,9	38,8	37,7	36,6	35,5	34,3	33,0	31,7	28,9	22,4	12,9
10	38,8	38,6	38,4	37,9	36,8	35,8	34,7	33,6	32,5	31,3	30,1	27,5	21,3	12,3
11	37,0	36,8	36,7	36,1	35,1	34,1	33,1	32,1	31,0	29,9	28,7	26,2	20,3	11,7
12	35,4	35,3	35,1	34,6	33,6	32,7	31,7	30,7	29,7	28,6	27,5	25,1	19,4	11,2
13	34,0	33,9	33,7	33,2	32,3	31,4	30,5	29,5	28,5	27,5	26,4	24,1	18,7	10,8
14	32,8	32,7	32,5	32,0	31,1	30,3	29,4	28,4	27,5	26,5	25,4	23,2	18,0	10,4
15	31,7	31,6	31,4	30,9	30,1	29,2	28,4	27,5	26,5	25,6	24,6	22,4	17,4	10,0
16	30,7	30,5	30,4	29,9	29,1	28,3	27,5	26,6	25,7	24,8	23,8	21,7	16,8	9,7
17	29,8	29,6	29,5	29,0	28,3	27,5	26,6	25,8	24,9	24,0	23,1	21,1	16,3	9,4
18	28,9	28,8	28,7	28,2	27,5	26,7	25,9	25,1	24,2	23,3	22,4	20,5	15,9	9,2
19	28,2	28,0	27,9	27,5	26,7	26,0	25,2	24,4	23,6	22,7	21,8	19,9	15,4	8,9
20	27,4	27,3	27,2	26,8	26,1	25,3	24,6	23,8	23,0	22,1	21,3	19,4	15,0	8,7
21	26,8	26,7	26,5	26,1	25,4	24,7	24,0	23,2	22,4	21,6	20,8	18,9	14,7	8,5
22	26,2	26,1	25,9	25,5	24,8	24,1	23,4	22,7	21,9	21,1	20,3	18,5	14,3	8,3
23	25,6	25,5	25,4	25,0	24,3	23,6	22,9	22,2	21,4	20,6	19,8	18,1	14,0	8,1
24	25,1	24,9	24,8	24,4	23,8	23,1	22,4	21,7	21,0	20,2	19,4	17,7	13,7	7,9
25	24,5	24,4	24,3	23,9	23,3	22,6	22,0	21,3	20,6	19,8	19,0	17,4	13,5	7,8
30	–	22,3	22,2	21,9	21,3	20,7	20,1	19,4	18,8	18,1	17,4	15,9	12,3	7,1
35	–	20,7	20,6	20,2	19,7	19,1	18,6	18,0	17,4	16,7	16,1	14,7	11,4	6,6
40	–	19,3	19,2	18,9	18,4	17,9	17,4	16,8	16,2	15,7	15,0	13,7	10,6	6,1
45	–	18,2	18,1	17,8	17,4	16,9	16,4	15,9	15,3	14,8	14,2	12,9	10,0	5,8
50	–	17,3	17,2	16,9	16,5	16,0	15,5	15,0	14,5	14,0	13,5	12,3	9,5	5,5
55	–	16,5	16,4	16,1	15,7	15,3	14,8	14,3	13,9	13,4	12,8	11,7	9,1	5,2
60	–	15,8	15,7	15,5	15,0	14,6	14,2	13,7	13,3	12,8	12,3	11,2	8,7	5,0
65	–	15,2	15,1	14,8	14,5	14,0	13,6	13,2	12,7	12,3	11,8	10,8	8,3	4,8
70	–	14,6	14,5	14,3	13,9	13,5	13,1	12,7	12,3	11,8	11,4	10,4	8,0	4,6
75	–	14,1	14,0	13,8	13,5	13,1	12,7	12,3	11,9	11,4	11,0	10,0	7,8	4,5
80	–	13,7	13,6	13,4	13,0	12,7	12,3	11,9	11,5	11,1	10,6	9,7	7,5	4,3
85	–	13,3	13,2	13,0	12,6	12,3	11,9	11,5	11,1	10,7	10,3	9,4	7,3	4,2
90	–	12,9	12,8	12,6	12,3	11,9	11,6	11,2	10,8	10,4	10,0	9,2	7,1	4,1
95	–	12,5	12,5	12,3	12,0	11,6	11,3	10,9	10,5	10,2	9,8	8,9	6,9	4,0
100	–	12,2	12,2	12,0	11,7	11,3	11,0	10,6	10,3	9,9	9,5	8,7	6,7	3,9
125	–	10,9	10,9	10,7	10,4	10,1	9,8	9,5	9,2	8,9	8,5	7,8	6,0	3,5
150	–	10,0	9,9	9,8	9,5	9,2	9,0	8,7	8,4	8,1	7,8	7,1	5,5	3,2
200	–	8,6	8,6	8,5	8,2	8,0	7,8	7,5	7,3	7,0	6,7	6,1	4,8	2,7
250	–	7,7	7,7	7,6	7,4	7,2	6,9	6,7	6,5	6,3	6,0	5,5	4,3	2,5
300	–	–	7,0	6,9	6,7	6,5	6,3	6,1	5,9	5,7	5,5	5,0	3,9	2,2
350	–	–	6,5	6,4	6,2	6,1	5,9	5,7	5,5	5,3	5,1	4,6	3,6	2,1
400	–	–	6,1	6,0	5,8	5,7	5,5	5,3	5,1	5,0	4,8	4,3	3,4	1,9
450	–	–	5,7	5,6	5,5	5,3	5,2	5,0	4,8	4,7	4,5	4,1	3,2	1,8
500	–	–	5,4	5,4	5,2	5,1	4,9	4,8	4,6	4,4	4,3	3,9	3,0	1,7
750	–	–	–	4,4	4,3	4,1	4,0	3,9	3,8	3,6	3,5	3,2	2,5	1,4
1 000	–	–	–	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,2	3,1	3,0	2,7	2,1	1,2
1 500	–	–	–	–	3,0	2,9	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,2	1,7	1,0
2 000	–	–	–	–	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	1,9	1,5	0,9
3 000	–	–	–	–	–	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,2	0,7
4 000	–	–	–	–	–	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,1	0,6
5 000	–	–	–	–	–	–	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,0	0,5
6 000	–	–	–	–	–	–	–	1,4	1,3	1,3	1,2	1,1	0,9	0,5
7 000	–	–	–	–	–	–	–	1,3	1,2	1,2	1,1	1,0	0,8	0,5
8 000	–	–	–	–	–	–	–	–	1,1	1,1	1,1	1,0	0,8	0,4
9 000	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,0	1,0	0,9	0,7	0,4
10 000	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,0	1,0	0,9	0,7	0,4
12 500	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	0,6	0,3
15 000	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,5	0,3

– Ne s'applique pas.
Note : Pour un usage plus approfondi de ce tableau, veuillez vous référer à la documentation sur microfiches.

C

Annexe

Bibliographie

Adams, O., « L'état de santé », dans Santé et Bien-être social Canada, Rootman I., R. Warren, T. Stephens et L. Peters (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1985 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-119, 1988.

Adams, O. « L'état de santé », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T., et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2, 1990F, 1993.

Adams, O., « La sécurité et la prévention des blessures », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Ader, R., et N. Cohen, Psychoneuro-immunology : conditioning and stress, *Annual Review of Psychology*, 1993, nº 44, p. 53 à 85.

Adlaf, E.M., « L'usage de l'alcool, des médicaments et des autres drogues », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Antonovsky, A., « The structure and properties of the Sense of Coherence scale », *Social Science and Medicine*, 1993, vol. 36, nº 6, p. 725-733.

Archibald, C.P., R.S. Remis, J. Farley et coll., *Estimating HIV Prevalence and Incidence at the National Level : Combining Direct and Indirect Methods with Monte-Carlo Simulation*. Douzième conférence internationale sur le sida, Genève, juin-juillet 1998 (abstrait nº 43475).

Baker, S.P., « Injuries : The Neglected Epidemic : Stone Lecture », 1985 American Trauma Society Meeting, *Journal of Trauma*, 1987, vol. 27, nº 4, p. 343-348.

Beaudet, M.P., « La dépression », *Rapports sur la santé 1996*, nº 7, p. 11-24, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Berkman, L., « Assessing the physical health effects of social networks and social support », *Annual Review of Public Health*, 1984, nº 5, p. 413-432.

Bernier, L., *Guide d'utilisation des 40 indicateurs sociosanitaires*, Ottawa, Santé Canada, 1993.

Bouchard, C., R.J. Shephard et T. Stephens (sous la direction de), *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics Publishers, 1994.

Brink, S. et A. Zeesman, *Mesure du bien-être social : Un indice de santé sociale pour le Canada*, Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, documents de recherche R-97-9F, juin 1997.

Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, *1996 NWT Alcohol and Drug Survey*, rapport nº 1, Yellowknife, 1996.

Burnett, R., S. Cakmak et J.R. Brook, « The effect of urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Revue canadienne de santé publique, 1998*, n° 89, p. 152-156.

C

Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, Progress in Prevention #1, 1996 (ISSN 1205-7029).

Central Intelligence Agency. *World Factbook*, 1997. Consultez le site Internet de Central Intelligence Agency: www.ocdi.gov/cia/publications/factbook/index/html, 26 juin 1998.

Charette, A.,« Santé dentaire », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Chen, J., E. Ng et R. Wilkins, *La santé des immigrants au Canada en 1994-95*, Rapports sur la santé 1996, vol. 7, n° 4, p. 33-45, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.

Citoyenneté et Immigration Canada, *Faits et chiffres 1996: Aperçu de l'immigration*. Consultez le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada: www.cicnet.ci.gc.ca.

Clark, W., « L'exposition à la fumée secondaire », Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes*, été 1998, n° 49: p. 2-5, n° de catalogue 11-008-XPF.

Collishaw, N.E. et K. Leahy, « Mortality attributable to tobacco use in Canada », *Revue canadienne d'hygiène publique*,1988, n° 79, p. 166-169.

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : annexe technique*, préparé pour la réunion des ministres de la Santé, Toronto, septembre 1996.

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population*, préparé pour la Conférence des ministres de la Santé, Halifax, septembre 1994.

Comité consultatif national de l'immunisation, *Guide canadien d'immunisation*, 5e édition, Association médicale canadienne, 1998.

Comité consultatif national de l'immunisation, « Lignes directrices nationales relatives à l'immunisation des enfants », *Relevé des maladies transmissibles au Canada 1997*, n° 23 (DCC-6), p. 1-12.

Committee on Wife Assault, *Reports on Wife Assault*, Toronto, Ontario Medical Association, 1991.

Connor, E.M., R.S. Sperling, R. Gelber et autres, « Reduction of maternal-infant transmission of human immuno deficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group », *New England Journal of Medicine*, 1995, vol. 331, n° 18, p. 1173-1180.

Connor, S.K. et L. McIntyre, *How Tobacco and Alcohol Affect Newborn Children*. Investing in Children, A National Research Conference, Ottawa, Octobre 1998.

Craig, C.L., « L'alimentation », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Cranswick, Kelly, « Les fournisseurs de soins au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, n° de catalogue 11-008-XPF, n° 47, p. 2-6, hiver 1997, Statistique Canada.

D

Développement des ressources humaines Canada, « Comment savoir si la situation sociale s'améliore au Canada? », *Bulletin de la recherche appliquée*, 1997, vol. 3, n° 2, p. 6-8.

Diverty, B. et C. Pérez, « The Health of Northern Residents », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, printemps 1998, vol. 9 n° 4, p. 49-58, n° de catalogue 82-003-XPB.

Dumas, J. et A. Bélanger, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997 : la conjoncture démographique*, Ottawa, Statistique Canada, Division de la démographie, n° de catalogue 91-209.

E

Ellison, L., H.I. Morrison, M. de Groh et P. Villeneuve, « *Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour* », Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1998.

Ellison, L.F., Y. Mao et L. Gibbons, « Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000 », *Maladies chroniques au Canada*, 1995, n° 16, p. 84-89.

Environics Research Group Ltd, *The Environmental Monitor*, 1996, Toronto.

Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1997, cycle 4*, Toronto, 1997.

Environics Research Group Ltd., *The Environmental Monitor, 1998, cycle 1*, Toronto, 1998.

Environnement Canada, *Série sur les indicateurs environnementaux nationaux du Canada*, août 1998. Consultez le site Internet d'Environnement Canada: (http://www.sid.ncr.doe.ca/~ind/).

Epp, J., *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1986.

Evans, R.G. et G.L. Stoddart, « Producing health, consuming health care », *Social Science and Medicine*, 1990, 31 : 1347-1363.

Evans, R.G., *Why Are Some People Healthy and Some Not?*, Institute for Advanced Research, Program in Population Health, Canadian Working Paper n° 20, Toronto, décembre 1992.

Fagerström, K.O., « Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment », *Addictive Behaviors* 1978, n° 3-4, p. 235-241.

Feather, J. et K. L. Green, « Les habitudes et intentions en matière de santé », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Consommation d'alcool chez les conducteurs et les piétons mortellement blessés dans des collisions de la route*, Canada 1995. Ottawa, FRBRC, juin 1997.

Fondation des maladies du coeur du Canada, *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Fondation des maladies du coeur du Canada 1997.

Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, rapport final du Forum national sur la santé, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Garceau, S., « Le dépistage de l'hypertension artérielle », dans Santé et Bien-être social Canada, Rootman I., R. Warren, T. Stephens et L. Peters (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1985 : Rapport technique*, 1988, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-119/1988.

Gaudette, L. et R. Gao, *Changing Trends in Melanoma Incidence and Mortality*. Rapports de santé 1998; Vol. 10 n° 2, p. 29 à 39, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003-XPB.

Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, « Canadian Study of Health and Aging: study methods and prevalence of dementia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol 150, n° 6, p. 899-913.

Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, n° de catalogue H21-117/1994F.

Groupe de travail, « Reducing deaths from breast cancer in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1989, n° 141, p. 199-201.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, « L'examen médical périodique : rapport du groupe d'étude », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1979, n° 121, p. 1193-1254.

Gu, X.Y., et M.L. Chen, « Vital Statistics (of Shanghai Country) », *American Journal of Public Health*, 1982, n° 72 (supplément), p. 19-23.

Houston, S.M., C.P. Archibald et D. Sutherland, *Sexual Risk Behaviours Are Associated with HIV testing in the Canadian General Population*, 7ième Congrès annuel canadien sur la recherche en matière de VIH/sida, Québec, mai 1988.

Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données de la morbidité dans les hôpitaux*, 1994-1995 et 1995-1996.

Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données des résumés des congés*, 1994-1995 à 1996-1997.

Institut canadien d'information sur la santé, *Bases de données du Rapport annuel des établissements de santé 1995-1996.*

Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur la santé mentale, 1995-1996.*

Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur les soins médicaux 1978-1979*, et *Base de données nationale sur les médecins 1993-1994.*

Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport sur le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, 1998, vol. 2, Don et transplantation d'organes, Ottawa, ICIS, 1998.

Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du Registre national des traumatismes (données 1995-1996) sur les hospitalisations à la suite de blessures*, 1998.

Institut canadien d'information sur la santé, *Recueil GMC (Groupe de mélange de cas)*, 1996-97.

Institut canadien d'information sur la santé, *Répertoire des groupes clients*, 1996-1997.

Institut canadien d'information en matière de santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1997.*

Institut canadien d'information en matière de santé, *Tendances des dépenses nationales de santé*, 1975-1998.

Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, L'Institut, 1998.

Institut national du cancer du Canada et Statistique Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1999*, Toronto, 1999.

J

Johansen, H., C. Nair et G. Taylor, « Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque », *Rapports sur la santé*, 1998, vol. 10, nº 2, p. 21 à 28, nº de catalogue 82-003-XPB.

Johansen, H., M. Nargundkar, C. Nair et coll., « Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute », *Rapports sur la santé*, 1998, vol. 9, nº 4, p. 19-29, nº de catalogue 82-003-XPB.

Johnson K. et J. Rouleau, Tendances temporelles dans les prévalences de défauts à la naissance chez les Canadiennes et Canadiens, 1979-1993, *Revue canadienne de santé publique 1997*; 88; p. 169-176.

K

Kessler, R.C., K.A. McGonagle, M. Swartz, D.G. Blazer et C.B. Nelson « Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence », *Journal of Affective Disorders*, 1993, nº 29, p. 85-96.

L

Lalonde, M., *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1973.

Landy, S. et K.K. Tam, « Yes, parenting does make a difference to the development of children in Canada », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, nº de catalogue 89-550-MPF, nº 1.

Lauzon, R., « La prévention des maladies cardiaques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Lee, J., G. Parsons et J. Gentleman, « Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou », *Rapports sur la santé*, été 1998, vol. 10, nº 1, p. 9 à 19, nº de catalogue 82-003-XPB.

Leenaars, A.A., S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dick, M.J. Kral et R.C. Bland (sous la direction de), *Suicide in Canada*, University of Toronto Press, Toronto, 1998.

L'Institut national de la nutrition, *Sommaire analytique : Nutrition : Évolution et tendances (NET), 1997*, Ottawa, l'Institut national de la nutrition, 1997.

M

Mackenzie, S.G., « Regroupement des codes E aux fins de présentation des données sur le taux de mortalité due aux blessures », *Le Bulletin du SCHIRPT*, 1998, nº 12, (Santé Canada).

MacLean, D.R., A. Petrasovits, M. Nargundkar et autres, « Canadian Heart Health Surveys : A profile of cardiovascular risk. Survey methods and analysis », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, vol. 146, nº 11, p. 1969-1974.

MacNeil, P. et I. Webster, Santé Canada, *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues : Analyse des résultats*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

Makomaski, Illing, E.M, et M.J. Kaiserman, « Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1991 », *Revue canadienne de santé publique*, 1995, vol. 86, nº 4, p. 257-265.

Mao, Y., B.W. Moloughney et R.M. Semenciw, « Indian reserve and registered Indian mortality in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 1992, nº 83, p. 350-353.

Meade, M.S., « Potential Years of Life Lost in Countries of Southern Asia », *Social Science & Medicine*, 1980, nº 14D, p. 277-281.

Millar, W. et I. Pless, « Facteurs liés au port du casque à vélo », *Rapports sur la santé*, automne 1997, vol. 9, nº 2, nº de catalogue 82-003-XPB.

Millar, W., « Multiple medication use among seniors », *Rapports sur la santé*, 1998, vol. 9, nº 4, p. 11-17, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Millar, W.J., « Place of birth and ethnic status: factors associated with smoking prevalence among Canadians », *Rapports sur la santé* 1992, vol. 4, nº 1, p. 7-24, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Millar, W.J., « Poids et taille », dans Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête générale sociale, Série analytique, Ottawa : Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994. Statistique Canada, nº de catalogue 11-612F, nº 8.

Millar, W., et T. Stephens, « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé* 1992, nº 5, p. 143-156, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Miller, A.B., G. Anderson, J. Brisson, J. Laidlaw, N. Le Pitre, P. Malcolmson, P., Mirwaldt, G. Stuart et W. Sullivan, *Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix*, Journal de l'Association médicale canadienne, 1991, no 145, p. 1301 à 1325.

Ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord, *Rapport des Nations Unies sur le développement humain*, Ottawa, Ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord, 1998.

Mittlestaedt, M., *Canadian gasoline found to fuel smog*, The Globe and Mail, 7 mars 1998 (selon des données d'Environnement Canada).

Moore, R., Y. Mao, J. Zhang et K. Clarke, *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*, Ottawa, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 1997, nº de catalogue H21-136/1993F.

OCDE et Développement des ressources humaines Canada, *Aptitudes en littératie et connaissance de la société : autres résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, 1997.

O'Connor, A., « La prévention des cancers gynécologiques », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens, T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Eco-Santé OCDE 1998* (CD-ROM).

Organisation mondiale de la santé, *Feuillet sur la tuberculose*. Consultez le site Internet de l'Organisation mondiale de la santé : www.who.int/gtb.

Organisation mondiale de la santé, *Rapport annuel de statistiques sanitaires mondiales*, 1995, Genève, 1995.

Organisation mondiale de la santé, Surveillance mondiale du sida, *Weekly Epidemiological Record/ Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 26 juin 1998, Genève : Organisation mondiale de la santé, 1998.

Organisation panaméricaine de la santé, *Health Conditions in the Americas, 1981-1984*, vol. 1, Washington (DC), Organisation panaméricaine de la santé, 1986 (publication scientifique nº 500). (Cité dans Charyk, S.T., *Pediatric Trauma in Ontario : An Epidemiologic Description and Evaluation of Two Outcome Models*, mémoire de maîtrise, Université Western Ontario, 1997).

Pearlin, L.I., M. Lieberman, E. Menaghan et J. Mullan, « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, 1981, no 22, p. 337-356.

Pederson, L.L., « Le tabagisme », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Peters, L., « Environmental health practices », dans Santé et Bien-être social Canada, Stephens T. et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-263/2-1990F, 1993.

Poulin, C., I. Webster et E. Single, « Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, vol. 157, nº 11, p. 1529-1535 (« CAGE » est un acronyme des mots clés des questions en anglais, qu'on peut traduire librement ainsi : Avez-vous senti le besoin de réduire votre consommation d'alcool? Vous êtes-vous senti irrité parce qu'on vous critiquait au sujet de votre consommation d'alcool? Vous êtes-vous senti coupable à cause de votre consommation d'alcool? Avez-vous senti le besoin de consommer de l'alcool dès votre réveil le matin?)

Powell, K.E., P. D. Thompson, C.J. Caspersen et J.S. Kendrick, « Physical inactivity and the incidence of coronary heart disease », *Annual Review of Public Health*, 1987, nº 8, p. 253-287.

Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente, « Stages of change in the modification of problem behaviors », *Progress in Behavior Modification*, 1992, nº 28, p. 183-218.

Programme de développement humain des Nations Unies, Bureau du rapport mondial sur le développement humain, *Rapport mondial sur le développement humain 1997*. Consultez le site Internet www.undp.org/undp/hdro/97.htm.

Progression Prevention, une série de bulletins mensuels publiés par le Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute et qui présentent les résultats du *Physical Activity Monitor* (ISSN 1205-7029).

Roberge, R., J.-M. Berthelot et M.C. Wolfson, « Observed Health Differences by Socioeconomic Status in Ontario », *Rapports sur la santé*, volume 7, nº 2, p. 25 à 32, octobre 1995, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Rosenberg, M., *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1965.

Ross, D.P, K. Scott et M.A. Kelly, « Overview: Children in Canada in the 1990s », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, nº de catalogue 89-550-MPF, nº 1, novembre 1996.

Santé et Bien-être social Canada, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, rapport du groupe de travail réuni par la Direction de la promotion de la santé, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1989.

Santé et Bien-être social Canada, *Vieillissement et indépendance : Aperçu d'une enquête nationale*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1993.

Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, *État de santé des Canadiens : rapport sur l'enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1981, nº de catalogue 82-538F.

Santé Canada, *Action Towards Healthy Eating: Canada's Guidelines for Healthy Eating and Recommended Strategies for Action*, rapport du comité des communications et de mise en oeuvre, Ottawa, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, nº de catalogue H39-166/1990F, 1990.

Santé Canada, *Document d'orientation de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme du Canada : mise à jour, 1993*, Ottawa, Santé Canada, 1994.

Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 1*, 1994, feuillet nº 9. Profil des personnes qui renoncent au tabac, août 1994.

Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 2, 1994*. Première analyse effectuée par la Division de la coordination et de l'accès a l'information, Santé Canada.

Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3*, 1994, feuillet n° 6, Préparation à cesser de fumer, novembre 1994, Ottawa, février 1995.

Santé Canada, *Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 3*, 1994, totalisations spéciales.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, *Mises à jour: Dépistage du VIH chez les Canadiens : Quelque 11 000 à 17 000 cas d'infection au VIH peuvent ne pas être diagnostiqués.*

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, *Mises à jour: Épidémiologie du VIH/sida chez la population autochtone du Canada*, mai 1998.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, *Relevé des études sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada*, avril 1998.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Données sur les blessures obtenues de la base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes* (SCHIRPT), Santé Canada, 1998.

Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Système canadien de surveillance des anomalies congénitales, *Taux nationaux d'anomalies congénitales, 1995*, Ottawa, 1997.

Santé Canada, *La santé et l'environnement : partenaires pour la vie*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.

Santé Canada, *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, n° de catalogue H39-107/1995F, 1994.

Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1997*, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, DGPS, Santé Canada, avril 1998. Pour des mises à jour, consultez le site Internet du Laboratoire de lutte contre la maladie: www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc.

Santé Canada, *Pour la sécurité des jeunes Canadiens : Des données statistiques aux mesures préventives*, n° de catalogue H39-412/1997F, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Santé Canada, Rapport national canadien de l'immunisation, 1996, *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 1997*, supplément du vol. 23.

Santé Canada, « Rapport national sur l'immunisation au Canada 1997 », *Paediatrics and Child Health*, 1998, vol. 3 (suppl. B), p. 23b-25b.

Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1991*, Ottawa, Direction générale de la santé de l'environnement, n° de catalogue 46-1/26-1991F.

Santé Canada, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada 1995*, Bureau du contrôle sur le tabac, Direction générale de la protection de la santé.

Santé Canada « Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1996 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, octobre 1998: 20-24.

Selya, R.M., « Deaths Due to Accidents in Taiwan : A Possible Indicator of Development », *Social Sciences & Medicine*, 1980, n° 14D, p. 361-367.

Single, E., A. MacLennan et P. MacNeil, *Horizons 1994 : l'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa, Santé Canada, et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, n° de catalogue H39-307/1994F.

Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm, *Le coût de la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1995.

SmartRisk Foundation, *How to Host HEROES Guide*, SmartRisk Foundation, Toronto (Ontario), 1996.

SmartRisk Foundation, The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada, Toronto, 1998.

Smith, C.E. et autres, « Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes », *Annals of Behavioral Medicine*, 1994, vol. 16, n° 4, p. 352-362.

Société canadienne de pédiatrie, Comité de la nutrition, « Breast-feeding: What is left besides the poetry? », *Revue canadienne d'hygiène publique*, 1978, n° 69, p.13-19.

Sondage Santé Canada, *Rapport Aperçu du 14e sondage*, mai à juillet 1996, Toronto; Price Waterhouse Coopers and Earl Berger.

Statistiques Canada, «*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*», Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1998, n° de catalogue 82-567-XPB.

Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995*, n° de catalogue 82-219-XPB.

Statistique Canada, « Avortements thérapeutiques 1995 », *Le Quotidien*, 5 novembre 1995, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, n° de catalogue 71-542-XPF, 1997.

Statistique Canada, *Consommation apparente des aliments par personne au Canada, parties 1 et 2*, 1997, n^{os} de catalogue 32-229 et 32-230.

Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *Enquête sur les dépenses des familles, 1996*, n° de catalogue 62-555-XPB.

Statistique Canada, *Statistiques choisies sur les naissances et la fertilité*, 1995.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé. Totalisations spéciales de données obtenues de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (recueillies par Statistique Canada) et de la Sous-section de l'enquête sur la population active de Statistique Canada

Statistique Canada, Division du travail, *Statistiques de la population active 1970-1997*, n° de catalogue 71-201-XPB.

Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*, totalisations spéciales.

Statistique Canada, *Enfants et adolescents victimes d'agressions familiales 1996*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, novembre 1997, n° de catalogue 85-002-XPF, vol. 17, n° 11.

Statistique Canada, *Consommation apparente des aliments par personne au Canada, parties 1 et 2*, 1997, n^{os} de catalogue 32-229 et 32-230.

Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, *Enquête sur les dépenses des familles, 1996*, n° de catalogue 62-555-XPB.

Statistique Canada, Division des statistiques sociales, du logement et des familles, « Santé et travail », dans *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Enquête sociale générale, série analytique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994, Statistique Canada, n° de catalogue 11-612F, n° 8.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Base de données des indicateurs sur la santé, 1996*, n° de catalogue 82-221-XDF.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs de santé*, 1994, n° de catalogue 82-221-XDF.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé, 1997*, n° de catalogue 82-221-XDF.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Indicateurs sur la santé*, 1999, n° de catalogue 82-221-XCB.

Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, *Morbidité hospitalière et interventions chirurgicales, de 1986-1987 à 1993-1994*.

Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones : Langue, tradition, santé, mode de vie et questions sociales*, 1993 n° de catalogue 89-533.

Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-97*, Microfiches pour usage public, Ottawa, 1998, n° de catalogue 82M0009XCB.

Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, totalisations spéciales (supplément).

Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, totalisations spéciales.

Statistique Canada, Enquête sociale générale, cycle 11 (1996), *Le Quotidien*, 19 août 1997, n° de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, *Enquête sur l'exposition au soleil, 1996 : Guide de l'utilisateur des microdonnées*, n° de catalogue 82-M0019-XDBGPE.

Statistique Canada, *État de santé des Canadiens*, Série analytique de l'Enquête sociale générale, n° 8, 1994, n° de catalogue 11-612F.

Statistique Canada, *La statistique de l'hygiène mentale, 1993-1994*, Ottawa, 1996, n° de catalogue 83-245-XPB.

Statistique Canada, *La violence familiale au Canada 1996: profil statistique de 1998*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, mai 1998, n° de catalogue 85-224-XPF.

Statistique Canada, *Le divorce dans les années 1990*, rapports sur la santé, 1997, vol. 9, n° 2, p. 53-58, n° de catalogue 82-003-XPB.

Statistique Canada, « Les décès en 1996 », *Le Quotidien*, le 16 avril 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, Mariages et divorces en 1996, *Le Quotidien*, 29 janvier 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, « Naissances en 1996 », *Le Quotidien*, 8 juillet 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, Naissances et décès, 1995.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil, unions de fait et composition des familles, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0022XDB96005.

Statistique Canada, Recensement de 1996: niveau d'instruction, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96001.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - Composition des familles, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0022XDB96010.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - Estimations postcensitaires de la population, série *Le Pays*, matrice CANSIM, nº 6367.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil et composition des familles, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0022XDB96008.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil, unions de fait et composition des familles, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0022XDB96006.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - État civil, unions de fait et familles, *Le Quotidien*, 14 octobre 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996, Immigration et citoyenneté, série *Le pays*, nº de catalogue 93F0023XDB96005.

Statistique Canada, Recensement de 1996, Immigration et citoyenneté, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - Le travail non rémunéré, *Série Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96015.

Statistique Canada, Recensement de 1996 : mode de transport pour se rendre au travail, *Le Quotidien*, 17 mars 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996 : mode de transport, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96019.

Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0028XDB96002.

Statistique Canada, Recensement de 1996 : niveau d'instruction, *Le Quotidien*, 14 avril 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - Population et membres par foyer, *Le Quotidien*, 15 avril 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996 - Population par groupe d'âge et sexe, *Le Quotidien*, 15 avril 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996 – Sources de revenu, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0029XDB96001.

Statistique Canada, Recensement de 1996 – Sources de revenu, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0029XDB96002.

Statistique Canada, Recensement de 1996 – Sources de revenu, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0029XDB96010.

Statistique Canada, Recensement de 1996 – Sources de revenu, *Le Quotidien*, 12 mai 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada : www.statcan.ca.

Statistique Canada, Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96010.

Statistique Canada, Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré, série *Le Pays*, nº de catalogue 93F0027XDB96011, 1997.

Statistique Canada, « Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré », *Le Quotidien*, 17 mars 1998, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, « Recensement de 1996 – Le travail non rémunéré », série *Le Pays*. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca

Statistique Canada, *Recueil des statistiques de l'état civil 1996*, Ottawa, automne 1998, nº de catalogue 84-214-XPF.

Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996*, nº de catalogue 13-207.

Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille, 1996, *Le Quotidien*, 22 décembre 1997, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada: www.statcan.ca.

Statistique Canada, *Statistiques choisies sur les naissances et la fertilité*, 1995.

Statistique Canada, *Statistiques de la criminalité au Canada*, 1996, Ottawa, 1997, nº de catalogue 85-205-XPF.

Statistique Canada, Statistiques mensuelles sur la population active 1998, *Le Quotidien*, nº de catalogue 11-001-XIF. Consultez le site Internet de Statistique Canada, à www.statcan.ca.

Statistique Canada, *Statistiques sur le crime au Canada*, 1997, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, juillet 1998, nº de catalogue 85-002-XPF, vol. 18, nº 11.

Statistique Canada, *Un portrait des familles canadiennes*, Ottawa, 1993, nº de catalogue 89-523.

Statistique Canada et Centre canadien de la statistique juridique, *L'homicide au Canada*, Ottawa, juillet 1998, nº de catalogue 85-002-XPF, vol. 17, nº 9.

Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, novembre 1996, nº de catalogue 89-550-MPF, nº 1.

Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Littérature, économie et société : résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, nº de catalogue 89-545-F, 1995.

Stephens, M. et J. Siroonian, « Smoking prevalence, quit attempts and successes », *Rapports sur la santé 1998*, nº 9, p. 31-37, Statistique Canada, nº de catalogue 82-003-XPB.

Stephens, T., « *International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants* », exposé au congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive (FIMS) à Orlando (Floride), mai 1998.

Stephens, T., « Mesure du bien-être », dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, préparé pour la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, septembre 1993.

Stephens, T., *Population Mental Health in Canada*, rapport rédigé pour l'Unité de la promotion de la santé mentale, Santé Canada, mai 1998.

Stephens, T., L.L. Pederson, J.J. Koval et C. Kim, « The relationship of cigarette prices and no-smoking bylaws to the prevalence of smoking in Canada », *American Journal of Public Health*, 1997, nº 87, p. 1519-1521.

Stephens, Thomas et associés, et Goss Gilroy Inc., *A Survey of Smoking Restrictions in Four Settings*, préparé pour Santé Canada, août 1995.

Stephens, Thomas et associés, et Goss Gilroy Inc., *Study of Smoking Policies in Various Settings in Canada*, préparé pour Santé Canada, août 1995.

Sulphur level in gas to be cut, The Globe and Mail, 23 octobre 1998.

Tambay, J.-L., et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 1995, nº 7, p. 29-38, nº de catalogue 82-003-XPB.

Terre à terre : Colloque national sur les contaminants environnementaux et l'impact sur la santé des enfants », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, nº 89, (supplément 1).

Torrance, G.W., W. Furlong, D. Feeny et M.H. Boyle, « Rapport final du projet 44400900187 », *Provisional Health Status Index for the Ontario Health Survey*, présenté à Statistique Canada, février 1992.

United Nations Children's Fund, Progress of Nations 1996, New York, UNICEF, 1996.

U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Environmental Protection Agency, *Respiratory Health Effects of Passive Smoking : Lung Cancer and Other Disorders-The Report of the U.S. Environmental Protection Agency*, Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, 1993.

U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Amoung Young People: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General.* Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1986.

Villeneuve, P. et H. Morrison, « Effets du tabagisme sur la santé au Canada : mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, 1994, n° 15, p.102-104.

Wadhera, S., et W.J. Millar, « État matrimonial et avortement », *Rapports sur le santé*, hiver 1997, vol. 9, n° 3, p.19-26, n° de catalogue 82-003-XPB.

Wilkins, K. et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, été 1998, vol. 10, n° 1, p. 29-37, n° de catalogue 82-003-XPB.

Willms, J. Douglas, « Indicators of mathematics achievement in Canadian elementary schools », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada: Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, n° de catalogue 89-55-MPF, n° 1, novembre 1996.

Willms, J. Douglas, *Les capacités de lecture des jeunes Canadiens*, septembre 1997, Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, Statistique Canada, n° de catalogue 89-552-MPF, n° 1.

Wolfson, M., et B. Murphy, New View on inequality trends in Canada and the United States, *Monthly Labour Review*, avril 1998, p. 2 à 23.

Yalnizyan, A., *The Growing Gap*, Toronto: Centre for Social Justice, 1998.

Index des sujets

Les inscriptions sont numérotées par sujet et non par page.
Les inscriptions en caractères gras et soulignées identifient ces sujets pour lesquels l'inscription indexée est un sujet principal. On n'a pas inclus dans cet index les variables standards (âge, sexe, province, etc.) retrouvées dans la plupart des sujets.

A

Authochtones
5, 6, 16, 17, 42, 43, 44, 53, 71, 81

alcool
11, 35, **42**, **43**, **44**, 60, 63, 75, 76, **80**, 81, 82, 83

activité physique, exercices
1, 6, 23, 27, 33, 53, 56, **57**, **58**, **59**, 60, 61, 68

années potentielles de vie perdues (APVP)
17, 44, 60, 62, 63, 68, 73, 74, 76, 80, 81, 83, 84

assurance
11, 20, 21, 23, 24, 62

B

bien-être social, santé sociale
11

blessures
25, 49, 60, 61, 62, 63, 77, 79, 80, 82, 83

C

cancer
8, 13, 16, 17, 27, 34, 35, 36, 37, 38, 46, 47, 51, 56, 57, 67

conditions chroniques
1, 23, 32, 33, 38, 46, 63, 67, 68, 74

coûts, budget, dépenses de santé
19, 24, 28, 29, 33, 34, 40, 61, 62, 73, 77

D

diabète
28, 59, 67, 68

drogues, médicaments
11, **24**, 29, **45**, 50, 71, 72, 74, 76, 81

E

emploi, chômage, travail, travail non rémunéré
6, **7**, 8, **9**, 11, 16, 22, **32**, **33**, 46, 51, **55**, 56, 58, 60, **61**

environnement
14, **39**, 52

état civil, composition de la famille, parents seuls
2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 25, 30, 31, 32, 33, 35, 43, 44, 48, 49, 51, 58, 64, 66

enfants
2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 21, 28, 30, 32, 40, 48, 49, 51, 57, 58, 60, 62, 63, 68, 69, 71, 72, 75, 77, 78, 83

examens périodiques de santé
16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25

I

immigration, immigrants
3, **4**, 71

immunisation, vaccins
15, 69

L

Limitation d'activité, mobilité
1, 6, 23, 27, 33, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 68

M

mortalité, décès
8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 30, 36, 37, 40, 43, 44, 45, 47, 51, 60, 62, 63, **65**, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, **78**, **79**, **80**, **81**, **82**, **84**

maladie cardiovasculaire, maladie coronarienne, crise cardiaque, hypertension, pression artérielle
13, 18, 24, 27, 28, 34, 36, 38, 46, 57, 59, 64, 67, 68, 74, 77, 79, 80, 82, 83

maladie respiratoire et des poumons, asthme (excluant le cancer du poumon)
13, 24, 36, 37, 40, 59, 68, 77, 79, 80, 82, 83

N

naissances, fertilité, infertilité, grossesse
1, 3, 13, 20, 22, 27, 40, 48, 50, 64, 65, 66, 70, 77, 78, 82

nutrition, poids corporel, embonpoint, nourriture
38, 46, **47**, **67**, 74, 75

P

pratiques et maladies sexuelles
20, 50, 64, 66, 70, 71

produit domestique brut (PDB)
11, 29

S

santé mentale, dépression, émotion, hospitalisation psychiatrique
5, 7, 8, 9, 10, 24, 25, 27, 30, 31, 33, 53, 54, 55, 56, 57, 64, 68, 75, 76, 77, 81

soins à domicile, soins informels
2, 30, 32, 33, 34

stress
2, **8**, **9**, 31, 33, 46, 54, 55

suicide
11, 30, 75, 76, 79, 80, **81**, 82

T

tabac, fumée de tabac ambiante
12, 13, 36, 37, 40, 41, 46, 48, 52, 64, 74, 79, 80, 82

V

violence
2, **10**, 11, 31, 62, 81

VIH, sida
16, 20, 45, 50, 70, 71, 72, 79